Petru Boișteanu
Manuela Mihai
Magda Luchian

MODELE ÎN PSIHOTERAPIA INDIVIDUALĂ ȘI DE GRUP

Editura Omnia

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale
BOIȘTEANU PETRU
Modele în psihoterapia individuală / P. Boișteanu, Manuela Mihail, Magda Luchian, Iași, Psihomnia, 1998

300 p.; 21cm.
ISBN 973-572-137-6

I. Mihai Manuela
II. Luchian Magda

615.851

Scanned with OKEN Scanner

SOCOLA

SESIUNE ȘTIINȚIFICĂ SEPTEMBRIE 1998

MODELE ÎN PSIHOTERAPIA INDIVIDUALĂ ȘI DE GRUP

P.BOIȘTEANU

MANUELA MIHAI MAGDA LUCHIAN

Editura PsihOmnia

Iași, 1998

Scanned with OKEN Scanner

Pe copertă:
Lăptăreasa din Bordeaux – **Goya**

Tehnoredactare computerizată:
DANIELA MARIAN

Culegere text:
MARIA-MAGDALENA VAIDA
CECILIA DARIE
PETRONELA CIOBANU
CAMELIA-ELENA MUNCELEANU

Traducere text:
AL. PASCU
R. ANDREI

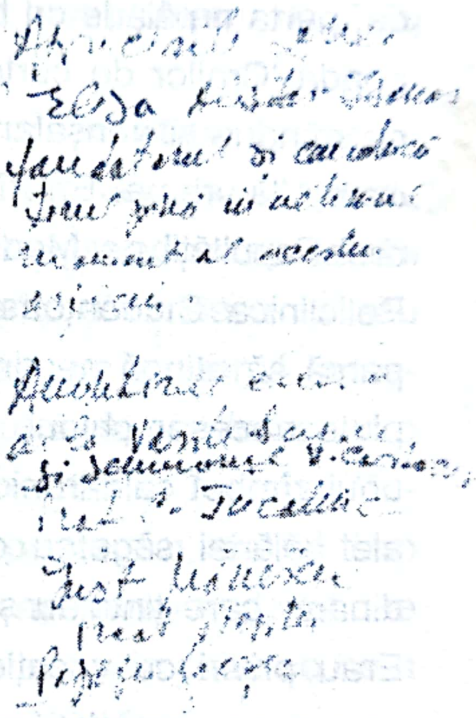
ISBN 973-572-137-6
Editura **PsihOmnia**, Iași - 1998

Scanned with OKEN Scanner

Reflexiuni

Academician Valeriu D.Cotea

În toamna anului 1946, atras de renumele legendarei cetăți a culturii românești numită Iași, am bătut și eu, cu timiditatea proaspătului absolvent de liceu, la porțile acestei cetăți, necunoscută mie pînă atunci. Era în plină perioadă de foamete și secetă. Aproape la fiecare pas bătrîna cetate moldavă plîngea din rînile încă deschise provocate de al doilea război mondial.



Fascimil Prof.Dr.P.Brânzei

În acea lume debusolată, flămândă și înfricoșată a acelui timp, premergător întregului calvar al totalitarismului, începea să se impună, mai întîi timid apoi tot mai îndrăzneț, moda "șepcilor leniniste", ca un semn de atașament la ideologia roșie a unor oficialități propulsate de forțe străine. Nimeni nu putea bînui pe atunci că societatea românească se afla abia la începutul confruntării dintre două moduri de viață: cel cunoscut de către majoritatea locuitorilor acestei țări în care ne născu-

sem și trăisem pînă atunci și cel nou, pe care ni-l adusese tăvălugul roșu. O stare de derută și neîncredere începuse să-și facă loc.

În acea perioadă mi-a fost dat să întîlnesc și să cunosc printre tinerele speranțe ale intelectualității ieșene post-belice un fel de boem în felul său care, în contrast cu moda, purta o pălărie cu boruri largi, moștenită parcă din perioada 'Crailor de curte veche", purtată cu un anume fel de mîndrie și nonșalanță, care amintea de o altă lume și de o altă vreme. Era tînărul Petre Brânzei, asistent în cadrul Facultății de Medicină din Iași și, totodată, medic la Policlinica Studențească. Era înalt, cu fruntea cutezînd parcă să atingă neatinsul, cu o mustăcioară care-i completa necesar chipul, dînd totodată un plus de expresie unui zîmbet cald-ironic, numai al lui. De sub borurile largi ale pălăriei săgetau doi ochi de o pătrundere extraordinară, care țintuiau și eliberau totodată benefic, amical. Erau priviri cu vocație, menite parcă să sprijine pe cei care aveau nevoie, în fața crudului lor destin, de o alianță durabilă, capabilă să le amelioreze teama, suspiciunile, neîncrederea, bînuiala, dizolvanta însingurare, lipsurile de tot felul. . . . În această "alianță" trăia zilnic, încă de pe atunci Petre Brânzei în Spitalul de neuropsihiatrie din Socola undeși-a desfășurat cea mai mare parte a activității și de care este atît de legat numele său.

Așa l-am cunoscut și așa mi-a rămas în minte pentru totdeauna doctorul Petre Brânzei, indiferent dacă decenii la rînd după aceea ne-am întîlnit în numeroase alte

Scanned with OKEN Scanner

ipostaze, specifice treptelor pe care le-am urcat, fiecare dintre noi, în domeniul său.

Dăruit nobilei meniri de curmare sau alinare a suferinței umane, doctorul Petre Brânzei cu o complexă pregătire, vădea și o cunoștere adîncă a ființei umane, de unde și aserțiunea sa, citată adesea pentru pluralele ei valențe de cei ce i-au urmat:"Nu poți să fii un bun psihiatru dacă nu cunoști oamenii".

Unul dintre distinșii continuatori ai activității doctorului Petre Brânzei în cadrul spitalului din Socola, respectiv doctorul Petru Boișteanu, într-un omagiu adus reputatului său înaintaș, sublinia între alte merite ale maestrului său devoțiunea profesorului Brânzei față de semenul la nevoie, dar și darul de a edifica ființa umană, pornind de la o înaltă idee despre om și despre menirea lui în lume: "întreg devotat semenilor cărora le-a purtat și-n același timp le-a modelat chipul întru propria-i asemînare, devoțiune care și-a cunoscut consacrarea metarială în ceea ce ne-a lăsat nouă și a dăruit - ofranda eternității".

O astfel de caracterizare apare firească, știind că marele specialist pornise el însuși în realizarea proprie de la următoarea premisă: "Punctul de plecare al orientării constructiviste a Școlii de la Socola își găsește izvoarele în practica determinist-umanistă a medicinii și psihologiei, oferind medicinii și cu atît mai mult psihiatriei, o multitudine de interdependențe dinamice care fuzionează în final într-o concepție asupra "omului. . . .".

Scanned with OKEN Scanner

Profesorul Petre Brânzei a fost unul dintre remarcabilii oameni pe care i-am întîlnit în viață, capabil de o largă înțelegere față de suferințele celor din jur, pe care-i respecta și-i ajuta oferindu-le în primă instanță "sufletul său". Numai astfel, considera el, poți vindeca mai ușor o boală sufletească.

Specialist de mare și aleasă ținută profesională, cult, stilat, nefăcînd niciodată rabat demnității de om, și-a împărțit darurile deopotrivă, darurile minții și ale sufletului tuturor, indiferent cărei categorii aparțineau, indiferent ce crez serveau, în concepția sa suferința egaliza, ca și moartea, toți oamenii. De aceea foșii condamnați politic sau urmăriți de forțele obscure ale societății pentru a fi condamnați, ostracizații timpului au fost nu o dată salvați de la condamnări sau deportări cu egală temeritate, simț uman și justițiar punîndu-le diagnostice care nu puteau fi contestate de nimeni. În acest sens, munca sa de ani și ani la rînd în cadrul Spitalului de neuropsihiatrie din Iași a constituit o adevărată operă pusă în slujba alinării nefericirii umane.

Pe parcursul timpului, în cadrul relațiilor cu distinsul prof.Petre Brânzei omagiat astăzi, liantul pricipal a fost cunoscutul prof.Marțian Cotrău, cel care a realizat, cîteva prestigioase cercetări și lucrări atît cu doctorul Petre Brânzei cît și cu subsemnatul.

Aș relata, fie și cu titlul de fapt divers, rolul de mediator al profesorului Petre Brânzei în discuțiile științifice purtate atît de noi, cei trei numiți, cît și în cercuri mai largi, în controversata problemă a acceptării sau excluderii vinului

Scanned with OKEN Scanner

din consum. Dacă Marțian Cotrău, ca toxicolog era aproape total împotriva consumului oricărei băuturi cu un anumit grad de alcool, personal am considerat și am susținut, pe baza unor îndelungate cercetări, că "A suprima vinul din consum înseamnă a impune indirect căutarea altor paleative, deseori dăunătoare organismului uman. A condamna vinul în mod absolut s-a dovedit o eroare fundamentală, deoarece ceea ce este de condamnat nu este vinul ci lipsa de măsură și sau exagerarea". Exact între cele două puncte de vedere, respectiv al meu și al toxicologului Marțian Cotrău se situa Petre Brânzei care considera că "O politică coerentă de prevenire a alcoolismului nu poate fi o politică împotriva vinului. Din contra, "bînd puțin vin, dar mai bun, s-a dovedit că este un mijloc eficient de luptă împotriva acestui flagel". De aceea între prieteni profesorul Petre Brânzei era adeptul așa-zisului "vin al prieteniei".recia un pahar de vin roșu, în jurul căruia se năștea o lume de idei și un rai de voie bună.

Profesorul era o fire deschisă, veselă și comunicativă, dispus permanent dialogului atît cu cei cunoscuți cît și cu cei necunoscuți, dialog dublat de o rară amabilitate.

Se spune, pe drept cuvînt, că o mare parte din bunătatea emanată de sufletul și de întreaga comportare a cuiva, se datorează în bună măsură și echilibrului din căsnicie și, îndeosebi, acelui impuls tainic și cu valoare unică oferit soțului de către o soție iubitoare și devotată vieții de familie. Ei bine, doamna doctor Elena Brânzei a știut în permanență să fie cea mai frumoasă și mai atrăgătoare poia-

Scanned with OKEN Scanner

nă de lumină în care profesorul Petre Brânzei găsea întotdeauna resursele sufletești necesare activității de zi cu zi.

În finalul evocării marelui specialist, dublat de un mare om și neegalat prieten al majorității celor care-l omagiem astăzi, voi relata una din nenumăratele povestiri hazlii cu care-și destindea prietenii la un așa-zis "vin al prieteniei".

"A fost internat odată la spitalul din Socola, și-a început doctorul Petre Brânzei povestirea, un cunoscut al meu, mare consumator de coniac, pentru un tratament de dezalcolizare. După terminarea curei am simțit nevoia să port cu el o discuție amicală, pentru a-i face și unele recomandări necesare în viitor. Și, pe lîngă alte sfaturi, i l-am dat și pe acesta:dragul meu, ori de cîte ori simți nevoia să bei un gît de coniac, mănîncă mai bine un măr. Prietenul meu s-a uitat lung la mine și, după cîteva clipe de gîndire, mi-a răspuns ferm: Nu pot, doctore! Cum nu poți? am întrebat eu contrariat. Mi-e imposibil să mănînc 20-30 de mere pe zi!". Învățatul în ale durerii umane, știa oportun, abil și inteligent fa suportabil prin glumă pateticul suferinței omenești.

Acesta este profesorul Petre Brânzei între prieteni, în memoria cărora va rîmine pentru totdeauna o figură luminoasă, caldă în deplină armonie cu bunătatea, cu dăruirea în cel mai nobil înțeles al cuvîntului, cu înțelepciunea și înalta competență profesională.

Scanned with OKEN Scanner

Dragul meu coleg,

Mi-ați scris că Profesorul Petre Brânzei ar fi împlinit pe 28 noiembrie 80 de ani, dacă moartea nu l-ar fi smuls prematur din afecțiunea familei sale și a numeroșilor săi prieteni. Vă mulțumesc că mi-ați solicitat amintirile personale cu ocazia acestei triste aniversări și răspund cu plăcere dorinței dumneavoastră, căci mă consider unul dintre numeroșii săi prieteni din Franța.

L-am întâlnit pe Petre Brânzei într-un mod neașteptat și absolut din întâmplare. În 1963 participam amândoi la Congresul Internațional de Psihoterapie de la Oslo. Mă aflam alături de el în autobuzul care ne aducea la hotel. Începând o conversație cu acest vecin cu privire pătrunzătoare și profil ascuțit, am remarcat că vorbea o franceză excelentă dar cu un accent pe care îmi era incapabil să-l localizez. După ce s-a amuzat câteva clipe, mi-a destăinuit: "Sunt din România". În acea perioadă, era putin probabil să întâlnești colegi de dincolo de "cortina de fier" și atunci când se întâmpla, relațiile erau de scurtă durată fie datorită unei anumite agresivități din partea occidentală fie datorită "limbii de lemn" din partea orientală.

Dar cu Petre Brânzei lucrurile s-au întâmplat altfel. El vorbea cu simplitate și căldură despre problemele țării sale. Îl simțeai implicat într-o operă pe care era gata să o împlinească într-un mod inegalabil. Dragostea pe care o manifesta pentru România era emoționantă. Și mai ales îl simțeai sincer, extrem de autentic, destinat menirii sale.

Scanned with OKEN Scanner

Înainte chiar de a ajunge la hotel m-am gândit că vecinul meu, întâlnit întâmplător era un om de valoare.

"Trebuie să cunoașteți România, mi-a spus el, veniți să apreciați singur, vă voi invita la Iași unde conduc un Serviciu de Psihiatrie". Inutil să mai spun că Iași, Moldova și chiar România erau la acea dată pentru mine total necunoscute. L-am părăsit pe vecinul meu de autobuz cu regret căci am fost sedus de cultura sa ce părea să nu se limiteze doar la Psihiatrie și credeam că n-am să-l mai revăd niciodată gândindu-mă că invitația sa era "o politețe de congres".

Am fost surprins, câteva luni mai târziu, când am primit o invitație oficială pentru a susține o serie de conferințe în România. Am acceptat cu bucurie căci această neobișnuită respectare a unei promisiuni facută cu ocazia unei întâlniri întâmplătoare într-un autobuz, îmi confirma impresia că este un coleg pentru care un angajament avea o valoare mai mult decat convențională.

Am fost primit la Iași de Petre Brânzei. Să mai spun că, în domeniul psihiatriei, mi-a părut de la început ca fiind un rege? Deși pare neobișnuită această impresie, într-o țară "socialist-democratică", ea mi-a fost creată vizitind numeroasele realizări în domeniul psihiatriei pe care le construise cu răbdare de-a lungul anilor, cu toate dificultățile administrative și financiare. Pretutindeni era primit cu onorurile unui șef de Școală. Fără nici o îndoială ocupa acest loc datorită tenacității și talentului său persuasiv. Petre Brânzei nu renunța niciodată. Știa să convingă cu farmec și o putere de seducție care-i făcea argumentele

Scanned with OKEN Scanner

irezistibile. El m-a condus să vizitez o parte din toate minunățiile Moldovei. Cunoștințele sale artistice erau la fel de profunde ca și cunoștințele psihiatrice. Oricare ar fi fost orașul în care ne aflam, psihiatrii din acel loc îl primeau cu aceeași venerație pentru cel care îi încuraja întâlnindu-i, oferindu-le tuturor căldura prieteniei sale. Dar ceea ce m-a frapat imediat a fost faptul că Petre Brânzei exprima aceeași căldură umană colegilor săi ca și țăranilor simpli care ne invitau să le vizităm casele și câmpurile.

Am petrecut cu el una din cele mai bogate săptămâni din viața mea. Lecțiile de curaj pe care mi le-a oferit atunci, m-au ajutat mai târziu în momentele dificile din cariera mea. Comparând dificultățile mele cu ale sale mă rușinam dacă nu le puteam depăși. Acest om transmitea energie și a făcut-o până în ultimele zile ale vieții sale, mult prea scurte.

Când l-am revăzut la Nancy, în Franța sau în străinătate, avea mereu același surâs și aceeași motivație. Puțin înaintea morții sale, mă invitase din nou la Iași unde pregătise un congres cu ocazia aniversării Spitalului "Socola". M-am bucurat că-l voi revedea pe el și pe întreaga sa echipă când totul a fost anulat prin decesul său brutal. Pot spune acum că moartea sa mi-a răpit un prieten extrem de valoros. Am cunoscut România datorită lui și a iubirii pe care o purta acestei țări. Pământul minunat al Moldovei, cu toate bogățiile sale artistice și umane vor rămâne totdeauna pentru mine alături de această mare personalitate care a fost Petre Brânzei.

Profesor Michel Laxenaire

Scanned with OKEN Scanner

Prof. Dr. C. Dolinescu - chirurg

Va rămâne veșnic în mintea noastră ca unul dintre strălucitii dascăli de la Spitalul de Psihiatrie căruia i s-a dăruit cu toată tinerețea, priceperea și dorința împlinită de a schimba din temelii concepția veche a disciplinei de psihiatrie și a spitalului pe care l-a iubit și condus cu dăruire pînă la sacrificiul de sine.

Domnia sa a revoluționat spre modernizare conceptul de psihiatrie ca disciplină a entităților clinice al căror suport îl constituie dereglările somatice capabile să declanșeze modificările psihice în grade și interrelații variate și multiple.

A deschis spitalului posibilitatea stabilirii de legături absolut necesare între societate, familie și bolnavi, Socola devenind sub conducerea Profesorului Petre Brânzei o veritabilă instituție de tratament util și convingător prin rezultate, prin urmărirea predictivă a atitudinii comportamentale în familie și societate a bolnavilor respectivi. Dacă se poate spune așa, terapia în bolile psihice în concepția marelui psihiatru a devenit posibilă odată cu reintegrarea în familie și societate a celor suferinzi pe care D-sa i-a cunoscut și ajutat în deplină înțelegere și respect reciproc.

L-am cunoscut bine atît pe doctorul Petre Brânzei ca asistent la disciplina de psihiatrie și apoi ca profesor, de care m-am legat cu respectul cuvenit în anii zbuciumați ai tinereții, oscilînd mereu între pasiunea mea pentru chi-

Scanned with OKEN Scanner

rurgie și dragostea pentru balonul rotund, boală de care sufeream amîndoi. Deși, avea un ulcer cronic complicat cu penetrație pancreatică care i-a determinat un sindrom dureros pe care-l ascundea cu greu, neînfricatul profesor s-a neglijat aprope total, pe primul plan fiindu-i specialitatea, bolnavii și spitalul față de care n-a făcut nici cea mai mică concesie. Cum hemoragia masivă urmată de șoc nu s-a lăsat intimidată de veșnicul luptător pentru introducerea noului concept de psihiatrie modernă, mereu perfecționibilă, inevitabilul s-a produs cu tot efortul deosebit pe care o mînă de oameni l-au depus pentru salvarea celui care și-a închinat viața și sînătatea celei mai dificile patologii în care a adus alinarea și reinserția socială a unei categorii urgisite de vechile concepții clinice, diagnostice și mai ales terapeutice.

Și dacă infarctul miocardic care s-a instalat în timpul intervenției nu ar fi apărut, figura boemă a marelui dispărut ne-ar fi întrebat poate și acum:

- Voi ce mai faceți, măi băieți, tot vă mai duceți la fotbal?

Scanned with OKEN Scanner

Implicațiile unui concept constructivist tridimensional cu referire la metodologia de recuperare și integrare a suferințelor cu evoluție prelungită

PETRE BRÂNZEI

Concertarea acțiunilor care determină dezvoltarea bunei stări fizice, morale și sociale (și care nu exclude starea de boală) - prin intermediul grupului în acțiune, relevă însăși umanismul corpului sanitar în raport de modul cum realizează unitatea funcțională de exigentă profesionalitate.

Drept urmare, cheia de boltă a politicii sanitare privind apărarea și promovarea sănătății populației, constă în profilaxia primară a îmbolnăvirilor și atunci cînd îmbolnăvirile se produc, de a proceda, pe cât mai eficient posibil și științific totodată, la recuperarea suferindului ca latură specifică a profilaxiei secundare sau terțiare față de anumite situații în care se află bolnavul respectiv.

Politica de apărare și promovare a sănătății populației din țara noastră, ca și din întreaga lume dealtfel, pune în discuție prospectivă pe lîngă factorii de estimare epidemiologică, a dotărilor și formării personalului și – estimarea concomitentă a relației cost-beneficiu/eficiență - subiect care cunoaște o preocupare tot mai susținută pe

Scanned with OKEN Scanner

plan mondial și respectiv în cadrul programelor actuale pe termen lung ale acțiunilor OMS.

Luând ca element de referință centrul medical al județului Iași, considerîm că palierul procedurilor psihoterapeutice - care asamblează bioterapia și psihoterapia individuală cu inducția grupului în acțiune ca mediator socioterapic, ar constitui - probabil formula recuperatorie instituționalizată cea mai indicată în prezent și cu atît mai mult în cazul bolnavilor cu evoluție prelungită.

În cadrul general al psihoterapiei, de o manieră particulară se diferențiază procedurile care se referă la deșteptarea, orientarea și dezvoltarea interesului bolnavului prin activitatea medicală dirijată, procedură complexă denumită generic "terapie ocupațională" și a cărei dificultate constă în efortul comun de adaptare și integrare socială, realizat de handicapat indiferent de tipul sau gravitatea suferinței, dimpreună cu echipa recuperatorie care îl asistă, cât și cu microgrupul în cadrulcăruia va urma să-și desfășoare activitatea.

Analiza factorială a complexității activităților umane permite nu numai o abordare a determinismului și cadrului nosologic al bolilor psihice, dar permite totodată și dezvoltarea unor noi deschideri pentru acțiunile curativo-profilactice, văzute în tridimensionalitatea lor constructivistă, biopsihosocială unitară și dinamică totodată.

În acest context aplicarea simultană a mijloacelor bioterapice și chimioterapice, alături de psihoterapie și socioterapie, în administrarea lor concomitentă și/sau dife-

Scanned with OKEN Scanner

renţiată, obligă la investigaţii şi colaborări interdisciplinare în echipă prin ajutorul căruia să se iasă efectiv în întîmpinarea îmbolnăvirilor pe teren, indiferent de natura şi modurile lor de manifestare.

Cercetările româneşti şi mondiale de psihologie, sociologie şi pedagogie demonstrează în acelaşi timp, convingător, rolul semnificativ al dialogului dintre subiect şi terapeut cu relevanţa sa privind latura socială a fiinţei umane şi cu bogăţia de semnificaţii afective, ideative şi pragmatice pe care le vehiculează în condiţii ambientale în raport de structura personalităţii sale înnăscute.

Introducerea în ecuaţia medicinii actuale a dimensiunii etnologice şi culturale (ca parte constituientă a structurii dinamice sociale a individului pe toată durata vieţii sale) corespunde pe deplin viziunii integratoare contemporane privind personalitatea sub aspectul său dinamic relaţional şi totodată unitar.

Aplicarea psihoterapiei şi socioterapiei, animă în acelaşi timp la a reconsidera modalităţile clasice de a înţelege personalitatea numai din punct de vedere al unor trăsături temperamentale, caracteriale, voluţionale şi aptitudinale fără a avea în vedere condiţiile de integrare concrete în microgrupul social din care face parte şi care trebuie să-l integreze (asimileze), în raport de posibilităţile sale.

În aceeaşi ordine de idei, psihoterapia integratoare ca procedură medicală în general, poate fi subîmpărţită după cum urmează, în raport de fiecare situaţie în parte:

Scanned with OKEN Scanner

- proceduri recreative și educativ-formative;
- proceduri educaționale și ocupaționale individuale sau de grup care au ca mediator realizarea unor activități cu semnificație productivă în devenire;
- proceduri ergoterapice propriu-zise avînd ca motivație realizarea unei munci efective la indicația și sub supravegherea corpului medical-sanitar - care să fie în același timp echitabil remunerate, în vederea deșteptării stimulării aspirației de utilitate și demnitate față de condiția umană, care rezidă în orice ființă pînă la ultimile subnivele de deteriorare.

Romania este una din țările care are legiferată încă din 1970 bazele unei asemenea activități recuperatorii indiferent de natura bolii. Astfel, HCM 1210/1970 stipulează de o manieră precisă și fără dubii, rata beneficiului financiar care rezultă din beneficiul activității atît pentru subiectul interesat în acțiune cît și pentru instituția care-l îngrijește, fondurile rezultate urmînd a fi administrate ca o armă de luptă împotriva factorilor de îmbolnăvire și îmbunătățirea condițiilor de îngrijire.

Această referință nu este doar o exprimare discursivă, deoarece printr-o bună organizare și exceptînd care au revenit fiecărui pacient în parte pentru activitatea sa desfășurată, numai la nivelul municipiului și județului Iași s-a realizat în ultimii cinci ani un beneficiu de circa 10 milioane lei care așteaptă să fie utilizat în investiții destinate dezvoltării asistenței de specialitate.

Scanned with OKEN Scanner

Astfel, s-au realizat în toată țara Laboratoare de Sînătate Mintală sau Servicii Psihosociale universitare complexe și s-au desfășurat în mod organizat, sub egida Institutului de perfecționare a cadrelor sanitare, consfătuiri și sesiuni științifice, urmate de seminarii aprofundate în legătură cu acest subiect, la care au participat echipe complexe medico-sanitare și tehnico-economice de conducere din unitățile de profil.

Pe baza legislației menționate și luîndu-se în considerare formele organizatorice cele mai potrivite pentru fiecare situație în parte, se pot rezuma următoarele criterii aplicative:

- perfecționarea progresivă și perseverentă a personalului din întreaga rețea sanitară cu privire la semnificația ergo- și socio-terapiei ca element integrator în cura complexă privind recuperarea suferinzilor cărora li se dedică, astfel încît fiecare angajat, indiferent de funcția pe care o îndeplinește, să ajungă la concluzia că "El" constituie un mediator sau un modelator, terapeut cu rol hotărîtor în această acțiune.

Revenind la ecuația modului cum se poate interpreta dinamic relația cost-beneficiu/eficiență care nu este suficientă dacă nu se introduce în ecuație ca necunoscută eficiența, referitor la o stare morbidă atît de răspîndită în întreaga lume și pe care îl constituie adicția (dependența) față de băuturile alcoolice și față de care imensitatea persoanelor în cauză doresc sincer să se depriveze și nu reușesc totuși.

Scanned with OKEN Scanner

Drept urmare această problemă interesează nu numai pe medicul psihiatru sau omnipractician în general, ci întreaga societate în care-și desfășoară activitatea handicapatul respectiv.

Astfel, pe lîngă marile neplăceri pe care le poate provoca pe cale biologică tratamentul repulsiv cu disulfiram sau produse metronidazolice pe care pacientul îl solicită spre a fi salvat din situația adictivă fără ieșire în care se află se implică și costul ridicat al terapeuticii.Totodată este bine de reținut că se pot obține rezultate bune, superioare chiar, prin administrarea parenterală a unor factori hidroelectrolitici complexi proveniți din ape minerale naturale care prin intermediul grupărilor sulfhidrice nu duc numai la reducerea apetenței pentru băuturi alcoolice dar și la unele efecte de "spălare" (chelatoare) pentru anumite substanțe nocive din organismul persoanei respective, rezultatele fiind verificate pînă în prezent pe mai multe persoane implicate în asemenea cure de reechilibrare.

Aceleași rezultate benefice se pot obține, de asemenea, cu alte tipuri de soluții hidroelectrolitice naturale, în cazul unui amplu palier de tulburări neurovegetative reunite adeseori de o manieră inadecvată sub denumirea de "nevroză" (în sensul psihologic al cuvîntului) care îi crează pacientului respectiv numeroase neplăceri prin lipsa de integrare corectă al acestui diagnostic cu semnificație strict psihiatrică.

Referindu-ne la aspectele metodologiei recuperatorii generale ar mai fi de spus doar că, plecîndu-se de la

Scanned with OKEN Scanner

condiții modeste, noi am ajuns la nivelul centrului medical din Iași la elaborarea unor metodologii și instrumentări proprii pe de o parte în procesul de reabilitare stadială a copilului și adolescentului și pe de altă parte a adultului integrat în producție.

Cu alte cuvinte deși sînătatea mintală nu este doar apanajul medicilor specializați în psihiatrie ci a întregii rețele medicale de bază, întrucît prin ligantul psihic acționăm atît profilactic cît și curativ asupra întregului echilibru bio-psihosocial a fiecărei persoane în parte. Spre a atinge obiectivele mai sus enunțate, urmează să acționăm pe cât posibil în echipe interdisciplinare sub conducere medicală - care prin intermediul tuturor treptelor de învățămînt să ajungă la realizarea unei noi opinii despre sănătate și semnificația activității medicale dirijate în caz de îmbolnăvire, pentru asigurarea calității vieții care este un bun al întregii omeniri.

În concluzie, referindu-ne la acest subiect de criteriologie constructivistă tridimensională dinamică și totodată unitară am dori să se ia în considerare că noi înțelegem încă de multă vreme prin noțiunea despre "medicina omului sănătos" mai mult decît relația factorială bio-medicală caracteristică profilaxiei uzuale a îmbolnăvirii, prin această formulare exprimîndu-se de fapt însăși aspirația timpurilor noastre la condiția umană.

Iași 1983

Scanned with OKEN Scanner

Abordarea psihoterapiei din perspectiva conceptului constructivist bio-psiho-social și a orientării umaniste

Magda Luchian, P.Boișteanu
Spitalul Universitar de Psihiatrie "Socola" Iași

Deși în anii 70 în lumea occidentală se îmbogățeau abordările psihoterapeutice, la noi era interzisă chiar și modalitatea materialist-științifică de explicare a psihicului uman, prin desființarea Facultății de psihologie din universitățile românești. Culminînd cu "periculoasa" meditație transcedentală, aprehensiunea pentru o cunoaștere și o armonie mai eficientă a propriei personalități a scos aproape din vocabular cuvîntul "psihoterapie".

În pofida acestor coordonate socio-politice, tradiția școlii de la Socola a delimitat și de această dată profesionalismul și probitatea asistenței psiho-medicale de imperativele conjuncturale. Ca personalitate universală "deschisă tuturor colaborărilor și descoperirilor, Petre Brânzei a reușit ancorarea sa și a Spitalului "Socola" în modelul european de asistență psihiatrică și psihologică, păstrînd și dezvoltînd permanent preocupări psihologice și psihoterapeutice atît la nivel de cercetare cît și la nivel practic, în relația cu pacientul și cu ceilalți specialiști.

Susținînd "psihogeneza ca expresie dinamică și unitară a interelațiilor bio-psiho-sociale (BPS)" atît sub aspect normal cît și psihopatologic, Petre Brâzei subliniază necesi-

Scanned with OKEN Scanner

tatea luării în considerare a utilizării adecvate a capacităților de adaptare și a posibilităților de recuperare.

Surprinzînd componenta pedagogică, educativă a psihoterapiei, Petre Brânzei militează pentru dezvoltarea educațională a populației, a modului de a înțelege interrelațiile existențiale, iar psihoterapia este considerată ca "prefigurînd prin ea însăși un amplu proces preventiv de natură instructiv-educativă" (1973, din intervenția la Congresul Internațional de Psihoterapie de la Oslo).

În 1985, într-un raport oficial trimis unui membru al executivului O.M.S., Petre Brânzei scria: "Cercetările românești și mondiale de psihologie, sociologie și pedagogie demonstrează, în același timp convingător rolul semnificativ al dialogului dintre subiect și terapeut cu relevanța sa în ceea ce privește latura socială a ființei umane, cu bogăția de semnificații culturale afective, ideative și pragmatice pe care le vehiculează în condiții ambientale, în raport de structura personalității sale înăscute" (Implicațiile unui concept constructivist tridimensional cu referire la metodologia de recuperare și integrare a suferințelor cu evoluție prelungită).

Psihoterapia este abordată la Petre Brânzei din perspectiva constructivismului psihologic înțeles ca "reflectarea, ca o reconstruire analitico-sintetică a realului și în continuare, creația ca efect al libertății de construcție mintală prin recombinările dintre scheme, operații, informații în baza selectivității și finalității..." ( )

Scanned with OKEN Scanner

Esența poziției, BPS în cadrul constructivismului constă în afirmația conform căreia cele două modalități ale afectivității psihice - reflectarea și creația - se întrepătrund sunt interdependente, diferența dintre ele fiind atît cît este nevoie pentru a clarifica natura lor.

Deși respinge exclusivismul metodei psihanalitice, Brânzei recunoaște acestei concepții meritul de a fi trasat jaloanele constructivismului "prin intermediul interpretării bi-univoce a pulsiunii și regresiunii, realizîndu-se astfel unele teze semnificative pentru evoluția constructivismului".

Dezvoltarea teoriilor constructiviste în psihologie permite astfel, în opinia lui Brânzei, aplicarea lor și în domeniul raportului subiect-obiect, psihoterapia fiind apreciată ca expresie a unității organismului.

Astfel, referindu-se la somnambulismul hipnotic, P.Brânzei scria: "această deconectare funcțională din transfer de responsabilitate, ar exprima - ca principiu al determinismului bio-psiho-social, capacitatea umană de a constitui un întreg prin mai mulți indivizi, dintre care unul păstrează funcțiile vigile și alții își blochează reactivitatea în mod protectiv."

Referitor la hipnoză și sugestie, efectele provocate sunt explicate la nivel psihosomatic prin corelațiile dintre sistemele de semnalizare și reglare neuro-reflexă înăscută sau condiționată - argumentînd același determinism BPS.

În ceea ce privește psihanaliza, fără a-i contesta părțile pozitive, Petre Brânzei subliniază faptul că "cîmpul predilect de aplicare a psihanalizei rîmîne teritoriul incert al

Scanned with OKEN Scanner

nevrozei de conversiune". Fiind adeptul unei cît mai reduse staționări la pat a bolnavului psihic, Brânzei contribuia la "verticalitatea" (atît la figurat cît și practic) pacientului.

Un antrenament al democrației și resocializării precum și o dovadă a dragostei și respectului pentru partenerul său -pacientul- îl reprezintă și ***socio-terapia***, inițiată de profesorul Brânzei la nivelul Spitalului Socola.

"Aplicarea psihoterapiei și socioterapiei animă în același timp la reconsiderarea modalităților clasice de a înțelege personalitatea nu numai din punct de vedere al trăsăturilor temperamentale, caracteriale, volitionale și aptitudinale, avînd în vedere și condițiile de integrare concretă obiectivă și subiectivă în micro-grupul social în acțiunile din care face parte și care trebuie să asimileze în raport de posibilitățile sale și respectiv a modului în care a fost pregătit în acest scop.

P.Brânzei consideră că ***psihoterapia integratoare*** poate fi împărțită, în raport cu fiecare situație în parte:

- proceduri recreative și educativ-formative;
- proceduri educaționale și ocupaționale individuale și de grup care au ca mediator realizarea unor acțiuni cu semnificație productivă în devenire;
- proceduri ergoterapeutice propriu-zise avînd ca motivație realizarea unei activități efective.

În prezent, există numeroase orientări, metode și tehnici în psihoterapie, răspunzînd unei permanente dinamici în evoluția bio-psiho-socială a individului uman.

Scanned with OKEN Scanner

O abordare apropiată de constructivismul BPS pare a fi ***orientarea umanistă*** din psihologie. În psihoterapie există un ansamblu de metode reunite în formula "potențialul uman " (Human Potential - HP), metode care se bazează pe următoarea concepție: oamenii folosesc, în majoritatea lor, numai o anumită parte a propriilor disponibilități sau capacități; potențialul fiecărui individ este mult mai mare decît potențialul pe care îl investește în diferite activități; este vorba aici de capacitatea de împlinire și de satisfacere a persoanei, de-a lungul existenței sale, în cîmpul valorilor sociale și individuale. Orientarea HP este o orientare umanistă, în sensul că ea se referă la societatea care să permită dezvoltarea și împlinirea membrilor ce o constituie.

Jacob Morelo este precursorul orientării HP în psihologie și psihoterapie; el a căutat o metodă prin care omul să-și exprime totalitatea trebuințelor și aspirațiilor sale și a încercat această metodă cu teatrul spontaneității.

Maslow reprezentant modern al HP vorbește despre "expertiența vîrfului" ca experiență de actualizare a resurselor umane, pe care, în mod curent individul nu o realizează, în sensul că nu le investește decît parțial. Această investire a resurselor rămîne o problemă de motivație, de dorință a omului în ceea ce privește propria sa optimizare. Omul este supus valorilor pe care le crează și aceste valori sunt strîns legate de trebuințele, interesele și aspirațiile sale. Orice valoare se raportează la o trebuință - toate valorile umane, au originar, o rădăcină biologică.

Scanned with OKEN Scanner

Astfel indiferent de nivelul la care valoarea se elaborează (organic, social, etic, spiritual etc.) ea nu numai că nu exclude trebuința, dar se sprijină totdeauna, pe o trebuință.

Libertatea în alegere există numai în măsura cunoașterii cauzelor interioare și a abordării acestor cauze cu exteriorul.

Orientarea umanistă în psihologie și în terapia psihologică vizează în ultimă instanță realizarea și manifestarea potențialului bio-psiho-social în condiții interioare de libertate.

Noile terapii denumesc un ansamblu de metode orientate către starea de bine și care prezintă anumite convergențe. Astfel, aproape toate acordă un loc important dimensiunii corporale prin raportare cu demersul pur verbal al psihanalizei, ele pun accent pe expresia emoțională și comunicarea non-verbală; interesul vizează în special comportamentul, "trecerea la act"; sunt orientate către "aici și acum", maniera în care persoanele se exprimă, raționează și intră în relație în prezent și mai puțin către evocarea trecutului și reconstituirea istoriei subiectului.

Multe din aceste abordări vin din Statele Unite, dar rădăcinile sunt europene. Ele se hrănesc din numeroase tendințe înăscute în anii 30 și care s-au dezvoltat după război:

- psihodrama (Jacob-Moreno)
- dinamica grupului (Kurt Lewin)
- analiza existențială (Ludwing Binswanger, Victor Frankl & Rollo May)

Scanned with OKEN Scanner

- non-directivismul (Carl Rogers)
- vegetoterapia (Wilhem Reich)
- gestalt-terapia (Friedrich Perls)

"Noile terapii" , care aparțin azi orientării umaniste, după autorul francez Edmond Marc, sunt: analiza tranzacțională, abordarea centrată pe persoană, bioenergie, biodinamica, sfat conjugal, țipăt, gestalt-terapia, grupuri de întîlnire, gimnastică, hipnoză, integrare posturală, masaj, muzicoterapie, programarea neurolingvistică, psihodrama, psihologie existențială, psihologia motivației, relaxare, visteaz-dirijat, sexologie, susținere mutuală, tehnici orientale, terapii scurte, terapii cognitive, terapii comportamentale, terapii familiale, vegeto-terapie.( )

Deși fiecare tendință, terapie, cu specificitatea sa, au în comun o anume concepție despre om care se exprimă în noțiunile de respect pentru persoană, responsabilitate, experiență, autenticitate.

În afara aspectului terapeutic aceste terapii permit dezvoltarea potențialelor, îmbogățirea vieții și experienței, armonizarea relațiilor. Pentru psihologia umanistă nu există frontiere marcate între psihoterapie, dezvoltare personală și tehnici de creativitate sau expresie.

Concluzionînd, putem afirma că orientarea constructivistă a Prof. Dr. Petre Brânzei exprimă în particular apartenența sa la o psihologie umanistă.

Scanned with OKEN Scanner

Diversități psihoterapeutice în asistența psihiatrică intraspitalicească

Magda Luchian, P. Boișteanu
Universitatea de Medicină și Farmacie
"Gr.T.Popa" Iași
Spitalul Universitar de Psihiatrie "SOCOLA" Iași

În ultimul timp, dezvoltarea psihoterapiilor este indiscutabilă. Se scriu cărți pe această temă, apar tot mai multe traduceri, iar curente noi pe scena europeană prind rădăcini și la noi în țară. Există un teren prielnic pentru dezvoltarea practicii terapeutice dar și de oarecare confuzii pentru tinerii psihologi și psihiatrii care se simt tentați de metoda și tehnicile care le sunt mai perseverent explicate sau care frapează prin inedit.

De aceea vom încerca o trecere în revistă - fără pretenții exhaustive - dar obiectivă și neutră, a principalelor curente.

H.Kind amintea în 1982 mai mult de 400 de forme de psihoterapie; de atunci numărul lor și diversitatea au crescut.

Definiție

O psihoterapie este un tratament activ prin mijloace psihologice sau o utilizare a mijloacelor psihologice pentru a trata o boală mintală, o inadaptare sau o tulburare psihosomatică.

Scanned with OKEN Scanner

N.Sinelnikoff amintește condițiile: un actor, o tehnică precisă un cadru special și un contract (1993).

După Huber (1993) o metodă de intervenție psihologică poate fi recunoscută ca psihoterapie dacă reunește mai multe condiții:

- trebuie să se bazeze pe o teorie științifică recunoscută a personalității și a tulburărilor sale;
- trebuie să se fondeze pe o elaborare teoretică a schimbărilor pe care le operează și pe o tehnică experimentată;
- trebuie raportată evaluarea efectelor sale favorabile sau defavorabile;
- indicațiile sale sunt reprezentate de o suferință psihologică sau o psihopatologie care solicită o intervenție terapeutică;
- trebuie să fie practicată de terapeuți formați și competenți.

Curente fondatoare

În afara psihanalizei a cărei creator a fost Freud, psihoterapiile se înscriu în dezvoltarea psihologiei clinice de la începutul secolului. W.Wundt, F.Bretano și școala de la Graz s-au inspirat din filosofia conștiinței; sunt precursorii psihologiei formei și a școlii fenomenologice.

Scanned with OKEN Scanner

Tabelul 1. Curente fondatoare a psihoterapiilor

Fundamente teoretice	Teorii de baza	Autori principali	Origine	Concepte etiolo- gice	Mijloace
Teorii ale personalității	psihoana- liza psihologia clinică	Freud Ribot P.Janet	creația inconști-entului psihia-tria sec.XIX	conflicte pulsiona-le asociații libere psihopa - tologia	interpretarea neutralitatre acte refulate transfer demedicalizarea bolii mintale
Filosofie	fenomeno-logie gestalt terapia	Husserl Heidegger Brentano Kohler	filosofia conștiin-ței sec.XVII filosofia existențială filosofia conștiinței	intenționalitați, prezență forma ca experiență primă a conștiinței	primatul înțelegerii asupra explicației reintroducere a conștiinței în fenome-nele psiholo-gice
Curente științifice	terapii comporta-mentale terapii sistemice și ale comunică-rii	Pavlov Watson Bateson WatzlawikMinuc kin	pozitivism sec.XIX Sc. de la Palo Alto	explicarea comporta-mentului ca pe un fapt obiectiv depistarea și transfor-marea disfuncțiilor din comunica-re	acte complexe reductibile la comporta-mentele elemen-tare joc de rol

Obiective și câmp de aplicare

În 1964 Caplan descria patru situații diferite:

* dezvoltarea personală și promovarea sănătății psihologice. Intervenția psihologică are drept scop favorizarea dezvoltării capacităților subiectului de a intra în relații cu ceilalți, de a comunica în diverse medii. Adesea, subiectul caută starea de bine psihologică și fizică, a vitalității, afirmării de sine sau unei capacități noi de a întreprinde sau de a face față conflictelor;

* prevenția are ca obiectiv de a preveni apariția tulburărilor psihopatologice. Aceasta este justificată de vulne-

Scanned with OKEN Scanner

rabilitatea subiectului sau prin expunerea factorilor de risc din mediu (familii cu risc, întreprinderi cu munci stresante, vârsta a III-a, etc.);

* terapia este justificată când se diagnostichează o patologie recunoscută, definită, de exemplu prin criteriile clinice din CIM - 10 sau DSM - IV;

* readaptarea și reabilitarea vizează recuperarea la maximum a capacităților subiectului handicapat prin boală și a-i limita consecințele afective, sociale sau interpersonale.

Clasificare

Clasarea psihoterapiilor ridică dificultăți atât teoretice cât și epistemologice. Vom prezenta o clasificare realizată pe baza celei făcute de Ellenberger (1981).

Psihoterapii raționale

a) Terapii prin sfat (counseling) au un suport pedagogic și de susținere. Au fost dezvoltate în Statele Unite de T. Gordon ca metodă de formare și de sfătuire destinată părinților și educatorilor. Co - counseling propus de Harvey Jackins este o terapie fără terapeut: după o ședință de grup, participanții aleg un partener pentru lucru în doi în care alternativ, unul îl ascultă pe celălalt și îi permite să-și verbalizeze emoțiile. Putem menționa aici și sfatul conjugal.

b) Terapia non-directivă Rogers. Acest autor consideră că fiecare individ este dotat cu forțe înnăscute care favorizează creșterea și dezvoltarea sa și a potențialului său; terapeutul manifestă o solicitudine pozitivă necondiționată

Scanned with OKEN Scanner

pentru pacientul său, pentru a-i permite acestuia să se exploreze liber abordând într-o manieră pozitivă și obiectivă experiențele sale afective.

Obiectivul terapiei este de a apropia imaginea pe care pacientul o are despre el însuși și cea pe care și-ar dori-o, făcând o conciliere între Eul real și Eul ideal. Pentru Rogers calitatea esențială a terapeutului este de a manifesta, față de pacient, empatie.

Rogers a avut numeroși elevi - Combs a stabilit bazele unei terapii non-directive (centrată pe pacient):

- recunoașterea capacităților de adaptare și de dezvoltare ale pacientului;
- centrarea muncii pe emoție mai mult decât pe elaborarea intelectuală;
- a nu se focaliza pe traumatismele trecute ci asupra lui "aici și acum";
- prezentarea relației terapeut-pacient ca fiind deschisă și generatoare de progres.

c) Terapii de direcționare. Sunt bazate pe constatarea că numeroși pacienți sunt incapabili să analizeze situațiile pe care le-au trăit: ei au nevoie să fie sfătuiți și dirijați pentru a putea lua decizii adaptate. Pe aceste baze s-au dezvoltat terapia rațională a lui A.Ellis, terapia realității de W.Glaser sau terapia deciziei de H.Greenwald.

d) Psihoterapii existențiale. Au apărut după 1950, autor fiind L.Biswanger. Este vorba despre permisiunea individului de a-și schimba destinul înfruntându-l. Terapeutul se situează la același nivel cu pacientul într-un dialog activ;

Scanned with OKEN Scanner

lucrul se referă la momentul prezent, la experiență și realitate. Logoterapia lui V.E.Frankl postulează existența unui inconștient spiritual asimilat unui "eu", centru al conștiinței morale. Terapia are ca obiectiv favorizarea exprimării existenței spirituale.

Psihoterapii dinamice

a) Psihoterapii psihanalitice. Cura psihanalitică și psihoterapiile de inspirație analitică au în comun munca terapeutică de elaborare generată de relația analitică. Studiul rezistențelor și transferului constituie baza experienței singulare între terapeut și pacientul său.

b) Hipnoza

Hipnoza are ca precursor în Europa lucrările lui F.A. Messmer, medic german instalat la Paris după ce a fost acuzat de șarlatanism la Viena. școala de la Salpetriere, prin J.M.Charcot, asimilează starea hipnotică isteriei și lărgește câmpul indicațiilor prin contribuția lui P.Janet.
A.Liebault practică sugestia și fondează cu elevul său Berheim, școala de la Nancy. În Statele Unite Milton Erickson a dezvoltat o perspectivă nouă asupra hipnozei, aplicând un nou demers bazat pe sugestii indirecte - folosind în special metaforele - și pe principiul utilizării comportamentului pacientului.

c) Visul dirijat

Autor Robert Desoille - explorarea vieții afective este posibilă plecând de la un "vis" indus de către analist, care

Scanned with OKEN Scanner

mobilizează emoțiile care-l însoțesc pentru a aborda apoi sensul lui. Pacientul se lasă condus în imaginile sale și este activ într-o terapie care comportă o dimensiune creativă. Interpretarea imaginilor, ca simboluri, este realizată în timpul următor, împreună cu terapeutul.

d) Terapia lui Alfred Adler

Adler s-a separat de Freud în 1911 abordând un model teoretic nou: psihologia individuală. El constată că inferioritatea fizică este adesea compensată prin "protest viril" care se întâlnește în egală măsură la bărbat și femeie concretizat în lupta pentru a se impune. Pentru el, conflictele individului sunt în special de natură socială, dar valorizează educația și pedagogia.

Metode de antrenament

a) Terapii comportamentale

Lucrările lui Watson și Pavlov au cunoscut o dezvoltare rapidă în țările anglo-saxone - Skinner, din 1937, distinge "modificarea comportamentală". Wolpe, în 1952 lucrează pe nevrozele experimentale în Africa de Sud și este urmat de cercetările lui Bandura Beck și Marks, iar în Franța de J.Cottraux.

b) Relaxarea și tehnicile corporale

Training-ul autogen a lui J.C.Schultz a fost elaborat plecând de la lucrările lui O.Vogt asupra autohipnozei.

Relaxarea psihoanalitică a fost introdusă de M.Sapir. Atingerea este frecvent utilizată și precede verbalizarea trăirii.

Scanned with OKEN Scanner

Sofrologia fondată de A.Caycedo la începutul anilor 1960 se sprijină pe modificarea stărilor de conștiință de-alungul procesului de sofronizare.

Bio-energia inspirată de lucrările lui W.Reich și dezvoltată de J.Pierrakos și A.Lowen își precizează obiectivele: exprimarea de sine, conștientizarea sinelui și întărirea sentimentului de apartenență.

Somatoanaliza și somatoterapiile, fondate de R. Meyer, reprezintă terapii globale, cu o abordare analitică a persoanei, un mod de lucru verbal și corporal și o dimensiune relațională. Folosirea corpului și aspectul relațional constituie aporturi majore ale acestei metode care utilizează tehnici tehnici corporale folosind gestul, mișcarea, sunetul, țipătul, respirația, circulația energiei, înscriindu-se într-o dezvoltare teoretică originală: somatologia, care abordează individul uman în tripla sa dimensiune: psihică, corporală și socială.

Metode de grup și colective

a) Terapii de grup, psihodramă și T-grup

Lucrările lui K.Lewin asupra micilor grupuri și cele ale lui I.L.Moreno asupra psihodramei au constituit bazele dezvoltării terapiilor de grup.

Deși Moreno a elaborat tehnica psihodrameni într-o manieră pragmatică, i-a definit și conceptele fundamentale: 1. spontaneitate, 2. catharsis, 3."tele" - originea modelelor de atracție și de repulsie, cum ar fi emoțiile speciale referitoare la forțele sociale din jurul individului și 4. teoria rolurilor.

Scanned with OKEN Scanner

K.Lewin a avut ideea originală de a aduna în aceeași cameră 10-12 indivizi aleși prin hazard fără a le da altă sarcină decât aceea de a-și observa propriul comportament.

T-grup (training group) născut din acest experiment, este un instrument incomparabil pentru a demonstra că, comportamentul autoritar al unui grup este aparent eficace și în realitate mai nefast decât comportamentul democratic.

Grupurile T au trecut progresiv din domeniul sociologiei experimentale în cel al psihoterapiei.

b) Terapii familiale și de cuplu

În terapia familială (pacientul) nu este considerat ca un subiect izolat, ci ca o persoană legată de un sistem de apartenență.

Terapeuții familiali consideră familia ca un sistem, deci un grup de persoane care, prin simplu fapt că este un grup, posedă calități dincolo de suma calităților membrilor care formează familia.

Printre legile care guvernează sistemul familial, accentul a fost pus pe homeostazie, necesitatea de a menține o structură și o dinamică stabilă.

Obiectivele terapiei familiale vizează o mai bună cunoaștere a familiei de către ea însăși și o evoluție a reprezentărilor sale, o mai mare suplețe a regulilor, a funcționării și diverselor roluri ale membrilor săi, o mai mare autonomie psihică a fiecăruia dintre ei, în măsura în care nevoile personale sunt necunoscute și acceptate.

Într-o abordare mai fenomenologică, P.Caille consideră funcționarea **cuplului** ca o inter-acțiune a două niveluri:

Scanned with OKEN Scanner

nivelul fenomenologic, descrierea făcută de cei doi parteneri a dinamicii lor funcționale și nivelul mytic, reprezentarea pe care o au despre relația lor. Terapia are ca obiectiv favorizarea renunțării la constrângerile legate de nivelul mytic căutând noi reprezentări mai funcționale: este vorba de a "revela cuplul lui însuși" (P.Caille, 1991).

c) Gestalt - terapia

Dezvoltată din anii 1960, îl are ca promotor pe F.Perls. El fondează gestalt-terapia pe teoriile formei dar, și ca urmare a analizei lui Reich, în ideea refuzului rupturii dintre corp și spirit, acordând importanță momentului și experienței, în perspectiva psihologiei umaniste. Obiectivul terapiei este de a-i restitui pacientului unitatea, permițându-i o mai bună relație cu el însuși ca și cu realitatea.

Terapia nu trebuie să reînvie trecutul ci să genereze o conștiință actuală a prezentului; în această perspectivă interpretarea este considerată antiterapeutică. Pacientul trebuie doar să elibereze în fața grupului, afectele sale, emoțiile și frustrările sale.

d) Analiza tranzacțională a lui Eric Berne

Teoria lui este eclectică, regăsindu-se influența lui Freud, Reich și a psihiatriei sociale americane. Eric Berne propune trei stări ale Eului: starea copil, starea părinte și starea adultă; pentru el prima etapă a terapiei constă în a scoate la lumină stările Eului individului, datorită analizei structurale care precede analiza tranzacțională. Tranzacția, motorul terapiei, este unitatea de interacțiune între doi participanți. Eric Berne descrie trei tipuri de tranzacții: com-

Scanned with OKEN Scanner

plementare, încrucișate sau ascunse. Jocurile sunt echivalentul unor tranzacții ascunse. Scopul terapiei este de a permite participantului de a se debarasa de nevoia sa de joc și de a câștiga "intimitatea", altfel spus o relație pură și liberă unde "se primește mutual, fără exploatare".

Analiza tranzacțiilor permite determinarea modului de comunicare într-un cuplu, famile sau grup profesional.

e) Meloterapia

Este un exemplu de psihoterapie prin artă și creație. Ea s-a dezvoltat plecând de la teorii diverse, după școlile de care aparțin: audiopsihofonologie, psihopedagogie, terapii corporale asemînătoare relaxării, psihoterapii de inspirație analitică individuală sau de grup.

f) Programarea neurolingvistică (PNL)

Este foarte utilizată în grup, fiind o tehnică de intervenție psihologică; fondată în Statele Unite în 1970, inspirată de curente diverse pe care le amestecă într-o manieră pragmatică: gestalt-terapia, terapii familiale, analiză sistematică, terapie Rogers, neurofiziologie și lingvistică.

R.Bandler, informatician și J.Grinder, psiholog și lingvist, au lucrat la Universitatea Santa Cruz în California asupra structurii comunicării interpersonale. Ei s-au referit la starea interioară, determinată de percepțiile neurosenzoriale care generează emoțiile și la mijloacele de comunicare (lingvistice) atașate comportamentul exterior.

Programarea, legată de organizarea interioară, traduce aptitudinea de a produce și utiliza programe comportamentale.

Scanned with OKEN Scanner

Această clasificare și prezentare are un caracter didactic, abordarea practică a bolnavului în asistența psihoterapeutică, făcându-se după principii eclectice și integrative, flexibile și adaptate caracteristicilor individuale, patologiei și momentului intervenției terapeutice.

Reactivitate psihică și necesitate juridică

Gh. Scripcaru, T. Pirozynski

Universitatea de Medicină și Farmacie "Gr.T.Popa" Iași

Stări reactive maxime cu incidență legală sînt stările de necesitate și de legitimă apărare. Condițiile impuse de lege pentru admisibilitatea lor de neimputabilitate variază de la legislație la legislație general valabile fiind pentru starea de necesitate la care ne vom referi (ca justificată atît prin interesul ordinii de drept cît și a constrângerii de voință, de dirijare liberă a ei), nevoia ca bunul salvat să fie de valoare egală sau superioară bunului sacrificat, pericolul creat să fie real, actual și să determine apărarea unor valori ocrotite de legea penală. Între aceste valori, unele legislații se referă exclusiv la viața și integritatea corporală proprie sau a altei persoane și nu la libertatea, onoarea sau inviolabilitatea sexuală a persoanei (așa cum este și legea noastră), pe cînd, alte legi, incriminează ca stre de necesitate și salvarea onoarei, libertății și inviolabilității sexuale. O astfel de dispută doc-

Scanned with OKEN Scanner

trinară o va ridica și cazul analizat mai jos. Se cere apoi, drepr condiție, și nevoia ca autorul să nu fie obligat a înfrunta pericolul, de unde rezultă inadmisibilitatea sacrificării altuia pentru salvarea vieții proprii sau a sacrificării unuia pentru sacrificarea celorlalți, cu alte cuvinte, salvarea de bunuri de valoare egală, așa cum este viața. Astfel, în legislația anglo-americană, astfel de situații create de vasele W.Brown sau Mignonette au fost calificate drept acte de omor (deși pedepsite mai ușor), în timp ce pentru alte legislații sacrificarea unor valori de valoare egală cum ar fi viața, este admisibilă ca stare de necesitate, cît timp, dreptul la viață este egal cu al oricărei alte persoane.

În situația sacrificării în exces a unor valori (a disproporției de necesitate față de gravitatea pericolului), deci a unor coliziuni de interese, se ridică problema depășirii sau admisibilității stării de necesitate, ca și în situația de mai jos, unde conflictul între o datorie patriotică și sacrificarea vieții o ridică cu acuitate. Ca stare de reacție de intensitate maximă, omorul în stare de necesitate aduce în discuție o nouă viziune a sa prin prisma drepturilor inalienabile ale persoanei umane.

Plecînd de la cazul a 12 partizani ascunși în catacombele din Odesa în al doilea război mondial (între 20 august 1941 și 19 februarie 1942), care, după ce au terminat alimentele și au trăit cu alimente mucegăite, pentru a nu se preda armatelor de ocupație, cînd un soldat a împușcat pe altul, s-a luat hotărîrea ca, decît să fie lăsat să

Scanned with OKEN Scanner

putrezească, mai bine să fie conservat într-un butoi cu sare pentru a fi consumat, s-a pus problema relației dintre această formă extremă de conduită umană și starea de necesitate juridică. Acest cadavru a asigurat hrana pentru 12 săptîmîni, apoi inculpatul a împușcat pe altul ce voia să fugă din catacombă, oferind corpul drept hrană celorlalți. În fața Curții din Odesa inculpatul s-a apărat motivînd că "trebuia să mîncîm deși știam că era carne de om" iar sentința 537/1942 l-a achitat, motivînd că fapta s-a făcut "pentru a scăpa de un pericol grav, iminent și fortuit", deci întrunind condițiile acestei stări de necesitate care derivă dintr-un drept natural al omului.

Se pune retrospectiv problema dacă un astfel de act de canibalism, chiar justificat de motive patriotice (a nu cădea prizonier) poate fi justificat astăzi ca stare de necesitate. Era faptul de anu ieși din catacombă pentru a nu cădea prizonieri la inamic, un pericol grav, iminent și fortuit? Pericolul de a fi exterminat confrații în scop de hrană, nu putea fi înlăturat altfel? Ce era mai grav în această alternativă, a cădea prizonier sau a sacrifica (omorî, chiar și prin tragere la sorți și deci cu consimțămînt) pe congenerul tău? Soldatul care are obligația legală de a înfrunta pericolul se poate preleva de dreptul de a omorî pe camaradul său pentru a supraviețui și a nu cădea prizonier? Faptul de a nu cădea prizonier are o valoare egală cu acest sacrificiu uman? Nu cumva valoarea de a cădea prizonier este mai mică decît valoarea de a sacrifica un confrate și astfel să se anuleze noțiunea de

Scanned with OKEN Scanner

stare de necesitate sau stare sufletească de a rezista inamicului a justificat excesul de stare de necesitate? Este această constrîngere de voință ce rezultă din acțiunea unor forțe naturale (război) o stare reală de necesitate?

Pentru a răspunde la aceste probleme este util a cerceta experiența similară din dreptul comparat. Atît incestul cît și canibalismul ce provin din perioada preculturală umană, din istoria umanității relevă mutiple situații ce au indus canibalismul. Foametea din 1435 din Scoția a indus acte de canibalism, naufragiul lui Cook în 1779 în Hawai a determinat la omorîrea și consumarea de ocupanți. De asemenea, blocada Leningradului sau foametea creată în Ucraina în 1947, cînd femeile înnebunite de foame își consumau pruncii, a dus la condamnarea a 260 de persoane pentru acte de omor și canibalism. Naufragiul yahtului Mignonette (1884), a vasului Meduza (1919) a determinat la sacrificare umană și canibalism pentru supraviețuire pînă la descoperirea lor. Actele de canibalism motivate de foamete, naufragii, pierderi în junglă, prăbușiri de avioane, nu trebuie considerate similare cu actele criminale de canibalism a unor dezechilibrați mintal ca în cazul ritualurilor satanice, cazul Denke cu 30 de crime în Germania (1924), cu actele de sadism ale Elisabetei Bathory (1580), ale baronului Roman ce voia reîncarnarea ca Gingis Han (1920), cazul Dahmer ori Wisconsin, a studentului Sagawa (1981) de la Sorbona sau mai recent a lui Sikatilo sau al lui Kuzikov (1992).

Scanned with OKEN Scanner

Procesele intentate în unele cazuri (musulmanii din Sarayevo din 1993, barca cu refugiați vietnamezi în derivă din 1988, izolarea în zăpadă din Siera Nevada a deteșamentului Donner, a echipei de rugby în naufragiu în Anzi după accidentul de avion, a vrăjitoarelor din Salem), au fost divergente în soluții. În cazul echipei de rugby din Anzi s-a achitat considerîndu-se că în atari cazuri, canibalismul este similar faptului de a primi o grefă. În cazul procesului supraviețuitorilor yahtului Mignonette s-a admis starea de necesitate, motivată de contrastul dintre instinctul de conservare și ideea de respect absolut a ființei umane și pe sacrificiul unora pentru salvarea majorității. Dar cînd majoritatea se sacrifică pentru un ultim supraviețuitor, ca în cazul de la Odesa? În alte cazuri s-a admis starea de necesitate doar dacă s-au tras foloase pentru mai mulți supraviețuitori, deși un astfel de comportament poate fi iertat dar niciodată justificat. Această iertare s-a admis mai facil cînd s-a tras la sorți și cel ce a ieșit prin tragere s-a sinucis dar nu a fost omorît.

Chiar dacă canibalismul are unele pseudojustificări dictate de nevoia de popor ales din Biblie ("veți mînca din carnea fiilor voști. . . ") sau că a fost o cale de control a populației (pruncuciderea rituală), că a înconjurat unele ritualuri magice (pentru credință, putere și eroism, sîngele gladiatorilor vindeca epilepsia, ca pedeapsă) sau a fost obiect al unor opere literare (povestirile lui Gordon Pym de E.A.poe sau ale lui M.Twain), canibalismul nu poate fi considerat genetic ca fiind pus în slujba supraviețuirii spe-

Scanned with OKEN Scanner

ciei (ca și incestul de altfel) sau ca mijloc natural de reglare a populație, el fiind, din acest punct de vedere, contraproductiv și repulsiv în mod instinctiv. Chiar dacă în supa primordială, lanțurile de ADN au început a rupe segmente ale vecinilor lor pentru a asigura reproducerea pînă la apariția membranei celulare ce a împiedicat acest proces și chiar dacă leucocitele omoară pe altele în leucemie, nimic nu justifică abstragerea actului de la semnificația sa umană și de la incriminarea sa. Circumstanțele socio-umane nu justifică încălcarea dreptului absolut la viață nici în atari situații dramatice. Lombrozo arată în La donna criminale că în revoluția din 1789 femeile au fost mai feroce mîncînd carnea celor omorâți, dar, atari circumstanțe inumane, nu fac decît să confirme coborîrea omului în barbarie și pierderea oricăror repere umane privind respectul dreptului la viață. Dacă după dreptul natural, viața, este o creație ce aparține divinității, omul nu are dreptul de a dispune de ea, iar legislația (dreptul pozitiv) trebuie să țină pasul cu acest punct de vedere. În acest sens, canibalismul nu răspunde unei stări de necesitate, respectul celuilalt mergînd pînă la sacrificiul propriu.

Scanned with OKEN Scanner

Expectanțele - elemente centrale ale relației psihoterapeutice

Roxana Brânzei, N. Cosmovici, P. Boișteanu, V. Chiriță, M.Dragomir

Spitalul Universitar de Psihiatrie "SOCOLA" Iași

Relația interpersonală psihoterapeut-pacient constituie o "întâlnire existențială" într-o situație cu mare încărcătură psihoafectivă; este o relație directă, desfășurată la nivel intelectual și afectiv, rațional și nonrațional, conștient și inconștient, implicând și lumea imaginară, a fantasmelor. Relația psihoterapeutică este structurată de vectori precum: cunoștințe, experiențe anterioare, atitudini, așteptări/expectanțe, credințe, motivații, imaginea de sine și imaginea celuilalt etc.; "întâlnirea" între psihoterapeut și pacient se desfișoară într-un context social care pune la dispoziția actorilor un registru de roluri ce favorizează sau necesită comportamente de simulare și disimulare. "Efectul terapeutic [...] are la bază <<câmpul psihosocial>> particular creat între terapeut și pacient, în care credința, sugestia, motivația, expectanța, prestigiul terapeutului au un rol deosebit" (DAFINOIU, 1996, p.89).

Realitatea psihologică este o realitate construită, în care așteptările, credințele și convențiile sociale se constituie într-un "cadru de referință" important (M.SHERIF). Expectanța este ipoteza ce activează și orientează comportamentul subiectului, ea apare ca element cognitiv -

Scanned with OKEN Scanner

anticipativ al atitudinii. "Expectanța este probabilitatea subiectivă sau ipoteza privind apariția unui rezultat, voluntar sau nu, ca urmare a unui anume comportament; ea are o importanță deosebită în organizarea câmpului cognitiv al subiectului, în procesul de structurare a situației în care se găsește și alegerea comportamentului ce va fi actualizat din repertoriul comportamentelor sale potențiale". Expectanța ca proces anticipativ și autoreglator este expresia efortului de adaptare a persoanei la situație, este unul din elementele fundamentale ce asigură organizarea câmpului cognitiv al subiectului. "Expectanța, ca ipoteză a acțiunii, apare în relație cu reprezentarea socială a situației; alteori, reprezentarea însăși conține în structura sa expectanțe, îndemnuri spre un anume mod de acțiune, din moment ce <<a-ți reprezenta ceva înseamnă a pune împreună nediferențiat, stimulul și răspunsul>> (MOSCOVICI, 1969)".

În anumite situații, atitudinile, așteptările, reprezentările, prejudecățile noastre forțează realitatea obiectivă să li se conformeze. După cum remarca POSTMAN (1953), persoanele așteaptă un anume repertoriu de evenimente în baza unui repertoriu de ipoteze; intensitatea mare a unei ipoteze poate avea consecințe importante în procesul revizuirii și verificării ipotezelor perceptive: "O foarte puternică ipoteză va tinde să fie confirmată chiar când majoritatea informațiilor disponibile sunt inadecvate" (BIERHOFF & KLEIN, 1989). ARONSON propune o apropiere între teoria expectanței și teoria disonanței cognitive. Evenimentele care confirmă expectanțele sunt con-

Scanned with OKEN Scanner

sonante; evenimentele care infirmă expectanțele sunt disonante, ceva ce trebuie evitat, minimalizat ori distorsionat cognitiv pentru a-l face mai consonant. "Confirmarea expectanțelor este una din forțele motivaționale centrale ale comportamentului uman" (BREHM & COHEN, 1962, p.178).

Realitatea psihologică este una construită; în domeniul psihologiei, criteriul realității îl constituie certitudinea subiectivă. Reprezentările (sociale) vehiculează în același timp și problema, și soluția (MOSCOVICI). Realitatea lumii - precum realismul în pictură - este în mare măsură o chestiune de limitări și de convenții.

Expectanțele alcătuiesc infrastructura cognitivă a oricărei activități. Indiferent care din cei doi actori sociali ai relației terapeutice este emițătorul expectanțelor, ele influențează în egală măsură comportamentul propriu și al celuilalt - transformându-se în "predicții ce se autoîmplinesc". "Analiza cognitivistă a relațiilor interpersonale nu poate face abstracție de procesul percepției sociale și atribuirii, în care expectanțele condiționate social, constituite în <<teorii implicite>>, mijlocesc diverse inferențe cauzale și atributive [...]. Discutând în termenii relației procesului de atribuire (observator-actor), predicția care se autoîmplinește se referă la situația de interacțiune, în care așteptările observatorului vor suscita un anume comportament din partea actorului, care în mod obiectiv îi va confirma așteptările primului". BREHM & KASSIN (1990)

Scanned with OKEN Scanner

consideră util să privim autoîmplinirea profeției ca un proces în trei faze:

- observatorul își formează o impresie despre persoana țintă;
- observatorul se comportă conform primei sale impresii;
- ținta - inconștient - își adaptează comportamentul la acțiunile observatorului.

"Predicția ce se autoîmplinește" este o formă de manifestare a expectanței în relațiile interpersonale, ce presupune tendința de interiorizare și obiectivare comportamentală de către "actor" a expectanțelor observatorului, antrenând un proces de autopercepție cu efecte ulterioare. Expectanțele pacientului joacă un rol important în stabilirea transferului; "clienții vor avea tendința de a distorsiona terapeuții lor astfel încât să-i facă să corespundă acestor expectanțe și își vor modifica inclusiv comportamentele și sentimentele lor conform acestor expectații" (GELSO & CARTER, 1994, p.297). Unii autori vorbesc chiar de "transferuri preformate înaintea terapiei", acestea fiind atitudini, sentimente ce au la bază seturi expectaționale dezvoltate în raport cu terapeutul imaginat sau considerat ideal. Pe de altă parte, expectațiile psihoterapeutului, optimismul sau pesimismul manifestat de acesta, credința în eficiența sistemului terapeutic utilizat, dublată de perseverența aplicării lui influențează evoluția bolii, se transformă în predicții ce se autoîmplinesc. "Ca și în alte relații sociale, în relația terapeutică convingerile <<se aprind>> din convingeri!". Cunoașterea și influen-

Scanned with OKEN Scanner

țarea expectanțelor constituie cheia schimbării terapeutice. Stimularea expectanțelor pozitive ale pacientului transformă relația psihoterapeutică într-o relație eficientă de tip colaborativ.

Expectanțele de rol

STOETZEL definește rolul ca fiind "ansamblul de comportamente care sunt în mod legitim așteptate de la o persoană de către altele". Rolul este aspectul dinamic al statutului, ceea ce un individ trebuie să facă pentru a confirma dreptul la statutul său, ansamblul de modele culturale asociate unui statut particular (R. LINTON).

Jean MAISONNEUVE distinge două aspecte majore ale rolului:

- un aspect funcțional și pragmatic - în raport cu o anumită situație, cu o anumită poziție socială.
- un aspect imaginar, teatral ("jucarea unui rol").

"Rolul se caracterizează prin prescriere și prin raportul pe care îl întreține cu un sistem de poziții sociale". El apare ca un ansamblu al conduitelor cerute sau așteptate de la un subiect atunci când posedă un anumit statut social.

NECULAU propune două modalități de abordare și înțelegere a rolului:

- "un sistem de așteptări pe care mediul social le îndreaptă către deținătorii unei poziții, prin raportare la ocupanții altor poziții" (rol prescris);

Scanned with OKEN Scanner

- "așteptările specifice pe care deținătorul unei poziții le percepe ca aplicabile în propria sa conduită, mai ales în raport cu deținătorii altor poziții" (rol subiectiv).

"Rolul poate fi considerat o reprezentare socială cu efecte normative ce condensează structuri specifice de expectanțe" (DAFINOIU, 1996, p.72). Rolul jucat de fiecare actor social depinde de imaginea/reprezentarea propriului rol, de maniera în care percepe rolul partenerilor săi sociali și de raporturile specifice pe care le întreține cu aceștia. Adesea apar discordanțe, conflicte între așteptările și conduitele de rol (datorate faptului că actorii sociali aflați în interacțiune au reprezentări sociale diferite asupra aceluiași rol, care antrenează expectanțe divergente). Rolul este o "partitură" socială ce cuprinde structuri coerente de expectanțe cu caracter normativ; procesul de asumare a rolului generează o serie de expectanțe cu caracter autoevaluativ și reglator. Expectanțele de rol asigură "ordinea socială" a relațiilor interpersonale, un anumit sentiment de securitate. "Ele cuprind <<reprezentări - prototip>> privind diversele relații posibile cu membrii grupului ce include în aceeași măsură și <<problema>>, și <<soluția>> comportamentală. Noutatea, în domeniul comportamentului social, ar putea fi definită ca tot ceea ce intră în disonanță cu sistemul de expectații ce reglementează jucarea unui anumit rol".

În orice relație socială, rolul jucat de fiecare "actor" presupune recepționarea și interpretarea rolului partenerului social, implică un anume grad de control al mesajului

Scanned with OKEN Scanner

recepționat de acesta. Matricea socială a relației terapeutice, expectanțele, atitudinile, motivația și credințele asociate rolurilor de pacient și terapeut favorizează vehicularea unui anumit conținut psihologic între cei doi actori sociali. Expectanțele (pozitive sau negative) asociate fiecărui rol - deci și rolul de bolnav - au un potențial sugestiv deosebit. Rolul de bolnav este asimilat în procesul învățării sociale, autogenerează expectanțe și se organizează sau se modifică în virtutea expectanțelor celorlalți. Asimetria accentuată a relației medic-bolnav "prescrie" acestuia din urmă rolul acceptării, conformării, ascultării. "De cele mai multe ori, rolul de bolnav psihic sau cel de <<persoană cu probleme>> (psihice, de adaptare etc.) asimilat primului, îndeamnă la conformism exagerat în relația terapeutică, poate și pentru că pacienții își joacă rolul în baza unor prescripții ale rolului de bolnav somatic, unde conformismul este frecvent recomandat și încurajat de medici. De aceea, transformarea relației psihoterapeutice într-o relație de tip colaborativ nu este o întreprindere ușoară, ea putând activa o serie de rezistențe, întrucât contravine așteptărilor de rol".

Scanned with OKEN Scanner

Probleme practice ale organizării grupurilor psihoterapeutice

E .Albert-Lörincz, A.Rácz

Universitatea Babeș-Bolyai Cluj-Napoca Centrul de Sînătate Publică - Târgu Mureș

I. Necesitatea promovării muncii cu grupurile

La acest sfârșit zbuciumat al secolului al XX-lea, caracterizat prin mișcări sociale de proporții mari și răsturnări ale spectrului de idei, înrădăcinarea în cultura noastră a muncii cu grupurile este o cerință la ordinea zilei. Pe plan mondial, factorii care au dus la proliferarea grupurilor de dezvoltare a potențialului uman și a relațiilor interpersonale au fost instabilitatea și incertitudinea socială manifestate în anii 60-70 în SUA. Condițiile sociale actuale au repercusiuni directe asupra psihicului uman. Dacă societatea este sănătoasă, ea favorizează capacitățile umane de dragoste, de muncă creatoare, de raționare; ea îl ajută pe om să dobândească sentimentul individualității, bazat pe forța lui productivă. Astăzi, însă este din ce în ce mai redus numărul oamenilor care găsesc în viața lor liniște, echilibru, armonie, fericire și frumusețe. Specialiștii din diferite domenii ale științelor, oamenii de litere și artă accentuează din ce în ce mai mult că omul trebuie să învețe să trăiască. Se vorbește despre "arta de a trăi". La acest sfârșit de mileniu și început de ev nou avem nevoie de "linii de conduită" care să

călăuzească modul de viață. În condiției răspântiei de drumuri pe care o traversîm trebuie să redefinim sensul și semnificația vieții, scopul ei și modelul nostru de viață. Avem nevoie de o "stea călăuzitoare" care să reprezinte o adevărată forță spirituală. Fiecare om este responsabil de propria devenire, deci fiecare trebuie să elaborîm "o artă" a conducerii personale. Dar această conducere personală nu este ușoară, nu avem modele gata elaborate în acest sens, așa cum au avut generațiile precedente. Ne revine sarcina de a reconsidera patrimoniul culturii universale în lumina unui alt sistem de valori caracteristice epocii noastre. Pentru a se dezvolta omul are nevoie de un cadru de orientare care răspunde de dubla nevoie a lui: de a avea un sistem pe care să-și sprijine gândirea și un obiect de devoțiune care să-l asigure cu privire la semnificația existenței sale și la situația sa în lume. Procesul de abstractizare, de dizolvare a oricărei structuri concrete de referință la procesul vieții, care se produce de la începutul epocii moderne îngreuna acest lucru.

Grupurile terapeutice și de autocunoaștere oferă un cadru optim pentru redefinirea existenței umane și de a găsi certitudinea și liniștea interioară. Viața psihică bine ordonată este indispensabilă, deoarece condițiile de viață din orice societate generează unele temeri. Societatea noastră, în această etapă de trecere nu și-a elaborat încă mecanismele de apărare care ar constitui un mod economic de comportare față de teamă. Marea majoritate dintre noi avem de luptat cu problemele de competiție, cu teama

Scanned with OKEN Scanner

de eșec, cu izolarea emoțională, cu neîncrederea în ceilalți și în noi înșine.

KAREN HORNEY (1996), precizează că dificultățile psihice pe care societatea le creează pentru individ pot fi clasificate din punctul de vedere a cauzelor care le generează. Dintre acestea cele mai generale sînt:

1.Atitudini referitoare la acordarea și receptarea afecțiunii: dependența de afecțiune sau de aprobare este disproporționată față de importanța reală a ei. Această sensibilitate poate fi disimulată de o atitudine de tipul "nu-mi pas". În afară de aceasta, există o contradicție pronunțată între dorința oamenilor de afecțiune și propria lor capacitate de a se manifesta afectiv.

2.Atitudini referitoare la afirmarea de sine: este vorba de inhibiții care se referă la dificultăți în luarea deciziilor, în formarea opiniilor, în a spune "nu" dacă nu doresc să consimtă la ceva, în a se apăra, în a îndrăzni să dea expresie dorințelor care privesc beneficiul personal.

3.Atitudini referitoare la evaluarea eului: se manifestă în sentimentul de inferioritate și lipsa unui comportament adecvat.

4.Un set de dificultăți referitoare la agresiune, care înseamnă acte împotriva cuiva, atacuri, uzurpare, ca și orice formă de comportament ostil.

Aceste probleme pot fi analizate sau ameliorate în cadrul grupurilor, situații în care o serie de forțe interne activează în sensul ordonării și maturizării vieții interioare. După I.D. interne activează în sensul ordonării și matu-

Scanned with OKEN Scanner

rizării vieții interioare. După I.D.Yalom, aceste forțe interne au efect curativ prin:

- circularea informației în cadrul grupului,
- sugerare de speranță,
- universalitate,
- altruism,
- repetarea corectivă a grupului primar familial,
- elaborare de tehnici de socializare,
- imitare,
- învățare socială,
- coeziune,
- catarsis.

Deci, grupul mijlocește o experiență psihologică, care poate să modifice atitudinile și trăirile indivizilor, contribuind la creșterea adaptării lor sociale.

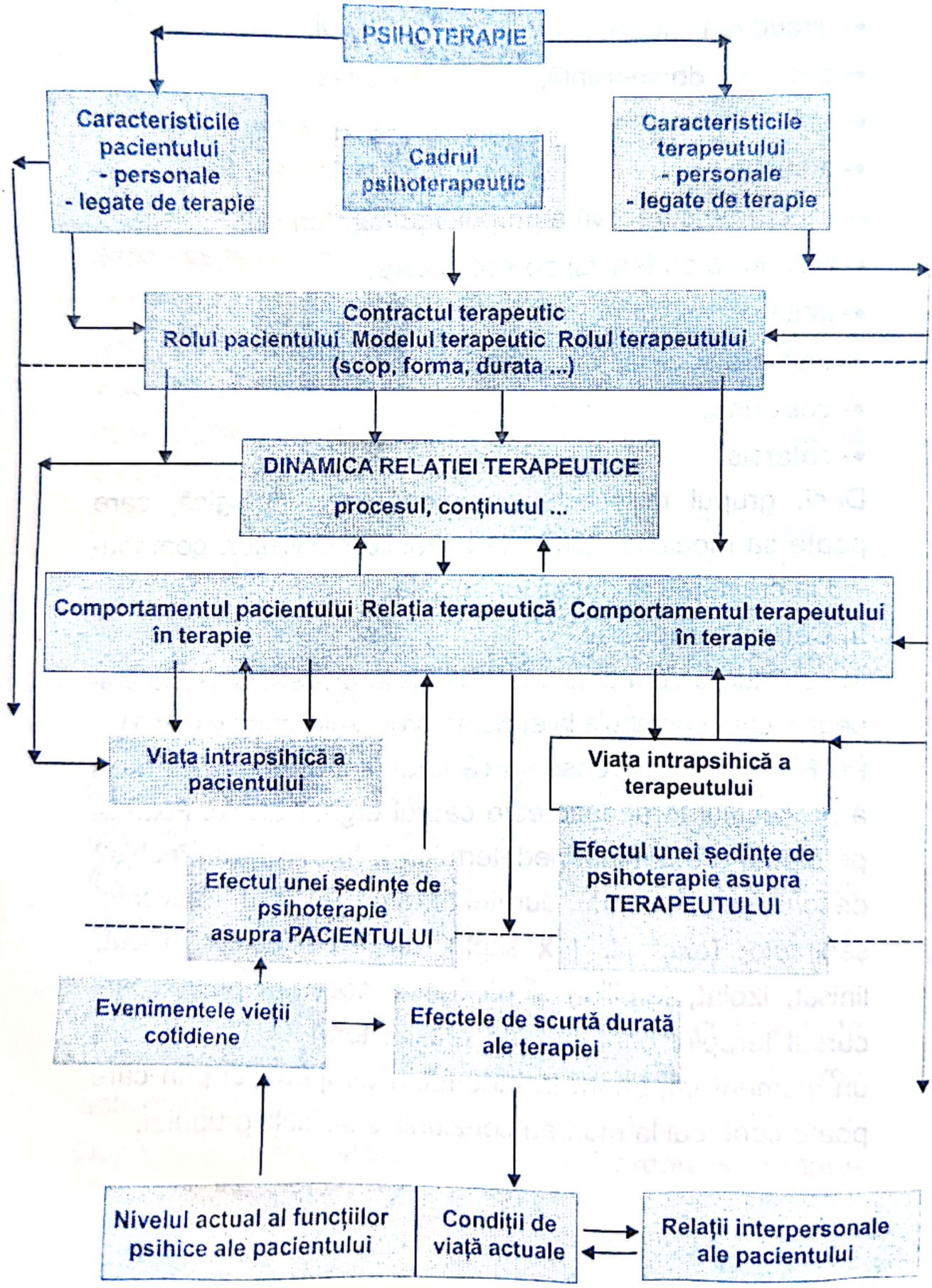
II. Cadrul terapeutic

În continuare vom prezenta variabilele procesului psihoterapeutic care contribuie la eficiența procesului curativ (Fig.1).

Pe Fig.1 se poate observa că unul dintre factorii de bază a procesului terapeutic este cadrul organizatoric. Fixarea perioadei (determinat/nedeterminat), formei (grup închis? deschis/semideschis), duratei (exempl.90 min), frecvenței ședințelor (exempl. 1 x săpt.), alegerea locului (plăcut, liniștit, izolat, familial) și păstrarea acestora pe tot parcursul terapiei contribuie la reușita terapiei. Cadrul este un element important la îndemâna terapeutului prin care poate contribui la mărirea coeziunii, stabilității grupului.

Scanned with OKEN Scanner

Fig.1 (după Olinsky și Howard 1986)



Scanned with OKEN Scanner

III. Momentele organizării grupurilor

Organizarea grupului depinde în primul rând de cadrul instituțional în care el va funcționa, precum și de tehnica cu care va lucra terapeutul.

În condițiile noastre, avem posibilitatea de a organiza mai multe grupe ambulatorii în afara mediului medical.

În continuare vom prezenta momentele organizării unor grupe analitice (de interacțiuni libere).

1. Anunțarea grupului:

În experiența noastră anunțurile din presă și radio au fost mai puțin eficiente decât cele realizate direct de către medici pentru bolnavi și de către profesori pentru studenți.

În aceste anunțuri am precizat:

- - grupul de vârstă cui se adresează (dacă este cazul);
- - scopul grupului: de autocunoaștere și autodezvoltare sau de terapie;
- - durata și programa grupului: termen nelimitat/termen delimitat, închis/semideschis;
- - Pregătirea participanților: se precizează când și unde se fac înscrierile; cine vor conduce grupul; restricții: se pot prezenta numai persoane care nu sînt în relații de comunicare directă, persoane care nu sînt în terapii individuale și care își asumă răspunderea că vor frecventa ședințele cu regularitate până la închiderea procesului terapeutic.

Trebuie să asigurîm o structură demografică optimă referitor la:

Scanned with OKEN Scanner

- - vîrsta: cu toate că am lucrat mai mult cu tineri, am avut grijă ca vârsta lor să aibă o dispersie între 18-35 ani;
- - sexul: am avut greutăți cu asigurarea prezenței sexului masculin în grupurile noastre;
- - nivelul de școlarizare: oferă grupului o eterogenitate de opinii, moduri diferite de a reflecta la problemele discutate, asigură un teren mai larg proiecțiilor și transferului;
- - criterii de selecție: am respectat criteriile lui C. GOLDBERG și M.C.GOLDBERG (1973),selectând persoane care: -sînt în relații active cu mediul lor; - pot să-și asume răspundere pentru gândurile, sentimentele și comportamentul lor; - care sînt conștienți de problemele lor și doresc o schimbare; - dispun de deprinderi verbale corespunzătoare; - care sînt interesați de felul cum sînt văzuți ceilalți; - care pot suporta tensiunile născute din exprimarea sentimentelor negative precum și din criteriile primite.
- - condiții materiale: ședințele vor fi gratuite sau clienții vor trebui să plătească;
- - decizia finală de a participa la un astfel de grup se va face după un interviu prealabil cu terapeutul/terapeuții care vor conduce grupul.

Menționîm că se pot forma și grupe relativ omogene după criterii de diagnostic (de exemplu, grupe pentru alcoolice, nevrotici, drogomani etc).

Scanned with OKEN Scanner

2. Interviul prealabil

După părerea unor autori (I.D.YALOM și FOULKES) o anamneză detailată cu viitorii participanți este inutilă pentru că temele relevante vor apare în situația de grup. Scopul acestor întâlniri ar fi numai stabilirea "raportului" cu clienții. totuși, noi am considerat necesar un interviu clinic mai detailat centrat pe problematica individuală. percepția personală, gradul de motivare, clarificarea așteptărilor și temerilor. La sfârșitul interviului este recomandat să se facă clasificarea și determinarea cadrului terapeutic. Ne-am ghidat după modelul interviului structurat al lui O.KERNBERG. Durata interviului a fost câte o oră.

Practica noastră arată că un alt element care are o influență hotărâtoare asupra procesului terapeutic este gradul de motivare a clienților. Studiind motivația pentru care s-au prezentat în grup am putut constata că cei mai interesați de metodele de grup sînt studenții de la medicină și psihologie care în perspectivă vor să însușească tehnica conducerii grupurilor, al doilea motiv este autocunoașterea și apoi învățarea unor deprinderi interpersonale. Analizând răspunsul dat de 36 de clienți la întrebarea: "enumeră trei motive în ordinea priorității, pentru care vei participa la activitățile de grup", s-a constatat următoarea situație:

Scanned with OKEN Scanner

Nr.	Motivul	I	II	III
1.	Interes profesional	66,67%	13,88%	5,55%
2.	Autocunoaștere	2,78%	44,44%	27,77%
3.	Terapie	0%	2,78%	13,88%
4.	Curiozitate	2,78%	2,78%	11,11%
5.	Observarea celorlalți	2,78%	5,55%	13,88%
6.	Învățarea deprinderilor interpersonale	25%	30,55%	27,77%

3. Încheierea contractului

Toate cele discutate în cadrul întâlnirii preliminare vor fi stabilite și fixate într-un contract care poate fi verbal sau în scris. Se stabilește relația grupului cu lumea exterioară, scopul, natura activităților, absența, discreția, norme de comunicare, probleme financiare...

IV. Planificarea activităților de grup:

De obicei, prima întâlnire cu grupul are un caracter specific, - ședința O - în cadrul căreia se face o socializare pentru munca în grup. Această ședință are scop orientativ, se stabilesc anumite norme, se familiarizează cu această situație nouă. Fiecare participant este îndrumat să exprime gânduri și sentimente la care se dau feedbackuri empatice, ceea ce va cataliza interacțiunile ulterioare. se discută și despre secretul de grup.

Scanned with OKEN Scanner

Activitățile de grup trebuie să aibă scopuri bine definite. Aceste scopuri pot fi realizate după caz, prin exerciții structurate, prin jocuri psihodramatice sau printr-o strategie euristică prin interacțiuni libere.

În această muncă se ține cont de rezistențe inconștiente, ținând de apărările eului, de transferul și contratransferul care constituie nucleul procesului terapeutic. Explicarea și conștientizarea acestora contribuie la realizarea efectului curativ.

În cursul activităților trebuie să ținem seama de fazele de evoluție prin care trece grupul, de procesele interpersonale și intrapersonale. Pe ce se va pune accent în grup depinde de orientarea terapeutică. Mai ales încheierea grupurilor necesită mult tact și poate fi valorificat în vederea maturizării afective a clienților.

Un grup ajuns la o anumită maturitate are o valoare eliberatoare, poate contribui la lichidarea unor incertitudini, dezechilibre emoționale, la atenuarea comportamentelor dezadaptate prin însușirea unor strategii de adaptare flexibilă la situațiile de conflict și frustrare, la dezvoltarea capacității de decizie și autoafirmare la creșterea nivelului autocunoașterii.

Evaluarea rezultatelor obținute prin activitățile de grup arată că se face o restructurare în atitudinea participanților față de sine, față de ceilalți și de valorile existente. Se pot forma sisteme deschise de gândire și acțiune, soluții eficace, accesibile progresului continuu, asigurând adaptarea confortabilă.

Scanned with OKEN Scanner

V. Ghid informativ privind psihoterapie de grup

Pe baza ghidului intitulat "A Consumer's Guide To Group Psychotherapy" elaborat de American Group Psychotherapy Association am conceput o broșură care poate oferi informații acelor peroane ce doresc să ceară ajutor pentru soluționarea problemelor lor.

În continuare redîm textul ghidului și anexîm lucrării un exemplar al acestei broșuri.

Deseori oamenii se întreabă pentru cine este posibilă psihoterapia potrivită și ce se poate aștepta de la diferite tipuri de grupuri. Cum poate un individ în căutare de ajutor să determine valoarea aderării la un anumit grup? Când este psihoterapia de folos și ce se întâmplă în psihoterapia de grup? Cum voi ști dacă ar fi bine să intru într-un grup? Răspunsul poate să sune astfel:

- dacă te simți izolat sau deprimat...
- dacă te îngrijorează starea sînătății tale...
- dacă ești timid și ușor de adus în situații jenante...

Cine este necesară psihoterapia de grup?

Trecând prin stările de confort și disconfort, schimbările de dispoziție, vicisitudinile fac parte din viață. Câteodată la unii poate persista această stare de deprimare sau îngrijorare timp mai prelungit și poate nu înțeleg ce se petrece cu ei. Un individ poate să aibă relații nesatisfăcătoare sau foarte frustrante și dezamăgitoare cu alții. Cu cît acest individ ar dori să se schimbe, cu atât acest model se repetă mai mult și individul poate nu-și dă seama cum să-și

Scanned with OKEN Scanner

învingă aceste greutăți. Alții pot să aibă probleme în ceea ce privește formarea și schimbarea imaginii de sine și privind interacțiunea cu alții.

Dacă vă găsiți în astfel de împrejurări, după ce v-ați sfătuit cu cei în care aveți încredere, vă puteți gândi la posibilitatea de avă consulta cu un profesionist în domeniul sănătății mintale. Puteți care referințe de la persoane pe care le cunoașteți, de la persoane cu alte profesii de ajutorare (de ex. un medic, o soră medicală, un avocat, un preot), de la asociații profesionale de sînătate mintală sau de la un centru comunitar sau spital de sănătate mintală.

Profesionistul de sănătate mintală poate fi un terapeut calificat în una dintre următoarele specialități: psihiatrie, psihologie, asistență socială sau de psihiatrie. Într-o ambianță confidențială, dvs. și terapeutul puteți explora natura problemei dvs. și puteți discuta ce ar putea ușura situația. Dvs. și terapeutul, împreună veți dezvolta o înțelegere a naturii problemei pe care o înfruntați, veți studia cum au luat ființă gândurile dvs. și veți discuta ce fel de schimbări ar putea să amelioreze situația. Uneori este deajuns numai consultația în sine pentru a vă simți mai capabili de a vă rezolva problema. Totuși, dacă credeți că v-ar folosi să mai lucrați în plus în legătură cu problema dvs. cu un profesionist, vă puteți gândi la mai multe feluri de terapii disponibile. Printre opțiuni se află următoarele:

- discuții individuale cu un terapeut

Scanned with OKEN Scanner

- participare ca o parte a unui cuplu sau unei familii la ședințe de terapie
- intrarea într-o grupă terapeutică
- a lua medicamente
- o combinație a tratamentului de mai sus.

Terapeutul cu care vă consultați ar trebui să vă ajute în înțelegerea avantajelor și dezavantajelor diferitelor tratamente, luînd în considerare problemele și scopurile dvs.

Când este folositor un grup?

Cu toții sîntem crescuți și ne dezvoltîm în medii de grup (ex. familie, școală). Învățîm moduri de comportament și raporturi în aceste medii dar uneori modelele de comportament însușite pot crea probleme.

Intrarea într-un grup poate fi avantajoasă pentru că creează posibilități de a învăța cu și de la alții, de a ne înțelege propriile modele de gândire și comportament și cele ale altora, de a percepe cum reacționează membrii grupului unii cu alții.

Deoarece grupele sînt organizate cu scopuri și în moduri diferite, veți dori să vă asigurați că tipul grupului ales este corespunzător problemei și scopurilor dvs.

Înainte de a vă alătura unui grup este foarte important să studiați în detalii la ce vă puteți aștepta din partea grupului dvs. și să aflați ce așteaptă grupul din partea dvs.

Conducătorul grupului vă va explica dacă principalul considerent al unui anumit grup este de a:

Scanned with OKEN Scanner

•- însuși o capacitate nouă (ex. cum se procedează cu ocazia unui interviu pentru ocuparea unui post). Acest tip de grup de obicei se numește "Grup psihoeducațional";

•- se adapta la o relație nouă sau un rol nou (ex. părinte vitreg), la o etapă a vieții (ex. pensie) sau o situație în viață (ex. a avea o anumită problemă medicală). Membrii se concentrează asupra unei griji sau teme obișnuite. Acest tip de grup se numește "Grp de ajutorare/sprijinire, de dezvoltare a personalității";

•- schimba moduri de gândire, sentimente sau unele comportamente, care vă obstrucționează în realizarea celor mai bune interese în viață (ex. incapacitatea de a realiza sau de a întreține relații). Membrii se concentrează la raportul dintre ei în cursul procesului de grup. Acest tip de grup se numește "Grup de psihoterapie".

Mai există și grupuri de "auto-ajutorare" pe care unii le consideră benefice. De obicei, se preocupă de un anumit simptom sau o situație comună. După cum arată și numele, grupurile de "auto-ajutorare" nu sînt conduse de terapeuți profesioniști sau practicanți de sînătate mintală. Persoane care au avut și ele aceeași problemă sau care se confruntă în prezent cu problema respectivă își oferă ajutor reciproc, deseori în cadrul unui program sponsorizat de o organizație.

Care sînt avantajele terapiei de grup?

Psihoterapia de grup este un tratament special în cadrul căruia un număr de peroane (deseori mai puțini dar de obicei

Scanned with OKEN Scanner

nu mai mulți de 10) se întâlnesc, cu asistența unui terapeut profesionist, pentru a se ajuta pe ei înșiși și unii pe alții. Oameni cu variate probleme emoționale, care doresc să-și rezolve dificultățile emoționale - mai ales privitoare la relațiile cu alții - vor găsi terapia de grup folositoare. Terapeutul, după selectarea unor persoane care foarte probabil vor beneficia în urma acestui tratament, organizează un grup constând din cei care pot să devină parteneri de ajutor unii pentru alții.

Este important ca înainte de intrare în grup problemele fiecărui membru să fie evaluate corespunzător și fiecare persoană să fie recomandată la un grup cu o compoziție de membri care pot învăța împreună și unii de la alții. Cu toate acestea, nu este necesar ca toți membrii grupului să aibă aceleași probleme.

De multe ori se pot vedea modele de atitudini și comportamente dezadaptate și care pot fi greu de observat în propria persoană; în același timp dvs. le veți putea oferi celorlalți punctul dvs. de vedere.

Când participanții discută între ei despre sentimente, idei și dileme personale, aceste schimburi de idei vă pot ajuta în conștientizarea propriilor modele de comportament și prezentarea unor posibilități de schimbare.

Uneori acest proces poate face să vă simțiți incomod, mai ales la început. Dar peste puțin timp vă veți bucura de beneficiile grupului. Veți fi mai puțin izolat și singur, deoarece ceilalți vă pot oferi sprijin adevărat, feedback personal și alternative utile.

Scanned with OKEN Scanner

Cum puteți aprecia credibilitatea profesională a unui psihoterapeut de grup?

Psihoterapia de grup este o calificare specifică și necesită instruire specială. Este important să verificați dacă potențialul dvs. terapeut de grup are o specializare în acest domeniu. Există câteva întrebări pe care le puteți pune pentru a afla dacă terapeutul este corspunzător calificat pentru a conduce psihoterapie de grup.

În primul rând întrebați dacă terapeutul a luat parte în instruire oficială în domeniul psihoterapiei de grup.

Orice terapeut de grup calificat și competent ar trebui să răspundă acestei întrebări în mod deschis, concret și nu evaziv sau într-un ton lăudăros. Deoarece nu este necesar ca un terapeut de grup competent să fie membru al unei organizații profesionale de terapie de grup sau (până în prezent) să fie atestat ca psihoterapeut de grup, aceste calificări pot servi ca un plus în ceea ce privește încrederea dvs. în capabilitatea lor.

În afară de calificări oficiale ar trebui să acordați o atenție și "potrivirii pacient-terapeut". Aceasta constă în faptul că ar trebui să simțiți că terapeutul vă "ascultă", vă "înțelege" și vă "respectă". Dacă aveți îndoieli privind oricare dintre acestea, discutați cu terapeutul despre îngrijorările dvs. Dacă simțiți că nu ați primit răspunsuri satisfăcătoare la întrebările dvs., ar trebui să căutați o altă referință.

Scanned with OKEN Scanner

Ce se întâmplă cu ocazia psihoterapiei de grup?

Nu este neobișnuit să vă simțiți stânjenit când intrați pentru prima dată într-un grup dar mai repede sau mai târziu veți începe să dezvoltați sentimente de interes și încredere. Puteți vorbi liber despre problemele dvs. sau puteți să nu vorbiți și în cele din urmă probabil că veți începe să discutați despre gândurile și sentimentele dvs. cu grupul.

Terapeutul și grupul se ajută reciproc în exprimarea emoțiilor înăbușite, în înțelegerea comportamentelor nedumeritoare și chiar în experimentare - cu noi atitudini și cu moduri noi de a înfrunta greutăți. Această învățare nouă de obicei are un efect pozitiv asupra relațiilor dvs. din afara grupului. Modelele prin care au loc aceste schimbări variază în funcție de modul specific de abordare al terapeutului.

Ce rol are terapeutul și cel rol au participanții în procesul de grup?

Deși toți cei implicați colaborează în procesul de grup, bineînțeles terapeutul își asumă responsabilitate clinică pentru grup și membrii săi.

Instruit ca să observe modele de comportament pe care membrii s-ar putea să nu le observe sau despre care se reține a discuta, terapeutul, prin întrebări și prin a-și spune părerea, aduce în atenția grupului modul de a răspunde a unui membru și vă poate ajuta să înțelegeți interacțiunile complexe care au loc în grupa ca unitate.

Scanned with OKEN Scanner

Membrii lucrează la exprimarea problemelor, sentimentelor, ideilor și reacțiilor proprii cît mai liber, natural și sincer posibil. Acest mod de explorare oferă grupului importante informații necesare pentru a înțelege și a se ajuta unii pe alții. În grupă, membrii nu numai că învață să se înțeleagă pe ei înșiși și problemele lor proprii, ci pot servi ca "ajutor terapeutic" și pentru ceilalți membri.

Cât timp ține psihoterapia de grup?

Aceasta depinde de natura și măsura problemelor dvs.- de ex., dacă au o origine recentă sau de demult. De asemenea, depinde și de motivația și capacitatea dvs. de auto-examinare.

Psihoterapiile cu limită de timp, care au scopuri mai conturate, mai specifice decât terapiile de grup cu termen nelimitat, se utilizează pentru probleme speciale și crize imediate. În unele grupe cu limită de timp, toți membrii încep și termină terapia în același timp, într-un număr fix de săptîmâni sau luni; în alte grupe, participanții pleacă după un număr de ședințe în prealabil fixat. În terapia fără limită de timp, membrii lucrează în ritmul lor propriu și părăsesc o grupă de terapie continuă când și-au atins scopul lor individual.

Deși unele grupuri se pot întâlni de mai multe ori pe săptîmână, membrii grupurilor terapeutice continuă de obicei să se întâlnească săptămânal timp de un an sau mai mult. În funcție de orientarea specifică a terapeutului, durata ședințelor de grup poate varia de la o oră la câteva ore.

Scanned with OKEN Scanner

Implicațiile clinice ale anxietății

Manuela PARASCHIV, Magda LUCHIAN, P.BOIȘTEANU

Spitalul Universitar de Psihiatrie „Socola" Iași

În contextul vieții psihosociale, perioada schimbărilor actuale, prin creșterea șomajului, inflației și concurenței a determinat puternice tensiuni și, ca urmare, asistăm la o scădere semnificativă a gradului de sînătate fizică și psihică a populației.

Actualmente, foarte multe persoane sînt măcinate de frica de a nu găsi resurse interioare pentru a depăși situația, de sentimente confuze formate dintr-un amestec de tristețe, decepție, nemulțumire, umilință și furie. Așadar, societatea contemporană are numeroase atribute negative, de aceea considerîm că, dintre factorii generatori de nevroze, cei de natură socială au un rol major. Schimbările inerente tranziției determină o stare de tensiune psihologică la nivelul fiecărui membru al colectivității, precum și un sentiment ambiguu dublat de anxietate, care macină conștiințele și disponibilitățile creative.

Însă, anxietatea este o componentă inerentă personalității umane, avînd valențele ei negative și pozitive. Pînă la un anumit nivel ea are un caracter integrativ-adaptiv, însă atunci cînd atinge o anumită intensitate, echilibrul interior este perturbat, întrucît „anxietatea intensă este unul din cele mai chinuitoare afecte" (7). Ea reprezintă un factor

Scanned with OKEN Scanner

provocator de inhibiții, însă de multe ori este expresia unor dureri cardiace sau a unor tulburări gastrice, a oboselii, a unor senzații de indispoziție sau a unor stări de teamă aparent raționale. K.Horney arăta că societatea actuală, fiind caracterizată printr-o competiție acerbă, favorizează structurarea unei personalități nevrotice, anxietatea reprezentînd centrul dinamic al nevrozelor (4).

În mod normal, anxietatea se descarcă pe cale rațională, prin rezolvarea problemelor sau a conflictelor, deci prin rezolvarea situației declanșatoare. Însă ea poate fi preluată de procesele inconștiente și se poate exterioriza la un moment dat prin diverse fobii sau obsesii. Totodată, anxietatea se poate converti în diferite simptome, care pot lua forma unor tulburări de conversie clasică, atunci cînd apar prin sistemul nervos central sau a bolilor psihosomatice, cînd apar prin sistemul nervos autonom. Studiile recente arată că, în orice boală psihosomatică componenta emoțională și mai ales anxietatea poate determina nu numai o tulburare funcțională, ci și o defecțiune organică. Însă Alexander subliniază faptul că apariția și evoluția manifestărilor gastrice, intestinale, endocrine, circulatorii este complet diferită de cea a mecanismelor de conversie. Deci, tulburările de conversie se referă la simptomul somatic din isterie și nu la cel din boala psihosomatică, pentru că în acest fel se poate explica faptul că sugestia poate produce simptome numai în isterie. De asemenea, o altă problemă frecvent întîlnită în lucrările de specialitate, este aceea că în timp ce o

Scanned with OKEN Scanner

persoană reacționează în urma unei situații stresante printr-o depresie mascată, alta reacționează printr-o boală psihosomatică. Una din explicații ar fi că aceeași traumă emoțională va determina, conform structurii personalității, fie o nevroză anxioasă, fie o depresie mascată.

Totuși, noi considerăm, la fel ca și alți autori, că depresia mascată este o formă de depresie endogenă însoțită de simptome psihosomatice, iar tulburările și bolile psihosomatice sînt nevroze somatizate, reprezentînd de fapt „anxietatea somatizată" (2).

Deci, starea de tensiune poate determina, în funcție de personalitatea pacientului, apariția și instalarea unei depresii mascate sau a unei tulburări psihosomatice. Totodată, cercetările psihosomatice au arătat că dispoziția anxioasă și neuroticismul reprezintă factori de personalitate care cresc vulnerabilitatea la boli (3). Stresul societății cotidiene a determinat o intensificare a anxietății și depresiei, iar remediile prin care majoritatea oamenilor încearcă să scape de acestea - narcotizare, raționalizare, negare, evitare - sînt ineficiente (7). Pierloot consideră că fenomenele psihosomatice reprezintă un mod de rezolvare a problemelor existențiale, care datorită modalităților inadecvate de rezolvare își găsesc un refugiu la nivelul somatic și se exteriorizează prin diverse boli. Psihanaliștii consideră că somatizarea reprezintă transformarea unei pulsiuni într-un simptom somatic, fiind expresia simbolică a unui element psihic căruia, prin refulare, i s-a blocat accesul liber și direct la conștiință. Fixarea procesului

Scanned with OKEN Scanner

morbid asupra unui anumit organ sau aparat constituie aspectul cel mai controversat al medicinei psihosomatice. Georg Groddweck, prin teoria „limbajului simbolic al organelor", subliniază faptul că aceleași situații stresante determină diferite boli psihosomatice. Din această perspectivă, ipoteza existenței unui anumit tip de personalitate nu a fost confirmată, iar analiza situațiilor conflictuale nu a oferit explicații, decît în legătură cu predispoziția locală organică.

Așadar, anxietatea se poate converti în simptome fizice, atît acute cît și cronice. Heyer reprezintă un reprezentant de bază al abordărilor psihosomatice moderne, întrucît el a demonstrat că prin acțiunea factorilor psihici pot fi modificate funcțiile organelor interne.

Stresul psihic determinat de frustrație, amenințare, eșec sau de intervenția unor factori afectiv-negativ din mediu, are implicații asupra întregului organism, atît la nivelul funcțional, cît și la nivelul fiziologic. Organismul unui individ supus unor condiții de acest fel poate reacționa imediat (prin tensiune musculară, tahicardie, tahipnee, fenomene neurovegetative, tulburări psihosomatice) sau prin dereglarea funcțională treptată a cărei expresie clinică este boala psihosomatică (3).

Însă, pentru apariția acestor modificări și a tulburărilor grave este decisivă semnificația subiectivă pe care individul o atribuie evenimentului. Ionescu G. arăta în 1990 că frustrarea este mai patogenă decît pierderea și că persistența unei situații traumatizante este mai nocivă

Scanned with OKEN Scanner

decît un traumatism psihic, în ciuda intensității acestuia (5). Însă „stresurile anxioase" au o importanță majoră în apariția diverselor tulburări, funcționale și lezionale ale aparatului digestiv. Studiile efectuate pe loturi semnificative au arătat că factorii ambientali au impus adaptarea la anumite standarde, iar în acest sens schimbările inerente perioadei de tranziție conduc, în mod cert, la creșterea sensibilității la boală.

Numeroase cercetări efectuate în ultimul deceniu au descris așa numita stare de „îngrijorare-disperare" care subminează capacitatea de a face față a organismului printr-un mecanism patogenic încă neelucidat (5).

Însă reacțiile posibile care pot apare datorită tensiunii emoționale și a anxietății sînt:

- simptome psihice: dispoziție depresivă, indecizie, inhibiția gîndirii, apatie, neliniște interioară, vid interior
- simptome psihomotorii: inhibiție sau agitație psihomotorie
- simptome psihosomatice: pierderea vitalității, tulburări eutonome

Afecțiunile psihosomatice reprezintă reacții fizice determinare de diverse situații conflictuale sau de stres, însoțite de leziuni de țesut (evidențiate morfologic) și de modificări organice. Cele mai recunoscute afecțiuni psihosomatice sînt:

- astmul bronșic
- colita ulceroasă
- hipertensiunea

Scanned with OKEN Scanner

- neurodermatita
- artrita reumatoidă
- ulcerul duodenal
- anorexia

Dintre acestea, problema tulburărilor funcționale digestive are un istoric îndelungat, datorită faptului că reglarea nervoasă a funcțiilor aparatului digestiv implică riscul unor influențe psihogene inductoare de modificări cu semnificație clinică. Încă din perioada anilor 40 s-a constatat că spaima și epuizare se asociază cu reducerea secreției acide, cu diminuarea motricității acide, iar furia, iritarea și agresivitatea se asociază cu hipersecreție gastrică acidă și hipercontractilitate. Funcțiile gastrice, motricitatea și fluxul sangvin sînt strîns legate de activitatea proceselor nervoase superioare și cu starea emoțională dominantă. Agresivitatea și resentimentul accelerează trecerea hranei prin stomac, în timp ce anxietatea și emoțiile puternice produc spasm piloric. Anxietatea, expectațiile negative sau proasta dispoziție reduc secreția de acid clorhidric, motilitatea și afluxul de sînge la stomac. De asemenea, anxietatea cronică și stările conflictuale cresc secreția gastrică și produc modificări ale mucoasei, rezultînd astfel o creștere a vulnerabilității la leziuni. În aceste condiții, o traumă oarecare poate cauza o eroziune ușoară, iar prin contactul cu sucurile gastrice poate favoriza apariția ulcerului.

Așadar, ulcerul peptic poate apare în următoarele circumstanțe:

Scanned with OKEN Scanner

- ca reacție tranzitorie în fața unui stres neobișnuit;
- ca reacție la personalitatea imatură;
- ca urmare a unor conflicte care induc o stare puternică de anxietate.

În „Dicționarul de termeni medicali", Garnier și Delamare definesc tulburările funcționale ca fiind manifestări morbide, în general benigne și reversibile care pot fi datorate unei simple perturbări ale activității unui organ fără să existe la acest nivel o leziune actualmente decelabilă. Însă, în 1990, Bonfils considera că tulburările funcționale pot fi incluse în sfera patologiei psihofuncționale, sferă distinctă de cea a patologiei psihosomatice, prin faptul că aceasta din urmă implică existența unor procese lezionale, chiar dacă apariția lor a fost cauzată prin stres psihic. Însă, încă din antichitate s-a constatat că emoțiile și stresul pot determina apariția unor tulburări digestive și că femeile sînt mai predispuse la manifestări de acest tip. Psihanaliștii au subliniat faptul că această relație poate fi observată încă din prima copilărie, înainte de formarea limbajului verbal, întrucît nou-născuții pot reacționa prin crampe și vărsături atunci cînd sînt frustrați. Deci, în contextul modelului psihosomatic, organismul reprezintă o entitate, iar reactivitatea acestuia presupune participarea ambilor factori, psihologici și somatici, leziunea apărînd tardiv ca rezultat al eșuării totale a apărărilor fiziologice și psihice (2).

Pentru urmărirea acestor aspecte, am selectat un lot de 22 pacienți, cu diferite acuze psihosomatice, a căror

Scanned with OKEN Scanner

diagnostic fusese stabilit prin investigații clinice și paraclinice în urma spitalizării acestora. Astfel, s-a constatat că:

- 1 pacient (4,5%) - cu diagnosticul de gastrită
- 3 pacienți (13,6%) - cu ulcer duodenal
- 1 pacient (4,5%) - cu ulcer gastro-duodenal
- 17 pacienți (77,27%) - cu ulcer duodenal

Din eșantionul de 22 pacienți, 12 sînt de sex feminin și 10 de sex masculin.

Distribuția pacienților în funcție de vîrstă și de nivelul studiilor este:

- 4 pacienți între 20-30 ani (18,1%)
- 3 pacienți între 31-40 ani (13,7%)
- 7 pacienți între 41-50 ani (27,3%)
- 6 pacienți între 51-60 ani (27,3%)
- 2 pacienți peste 61 ani (9,1%)
- 3 pacienți cu gimnaziu (13,7%)
- 2 pacienți cu 10 clase (9,1%)
- 8 pacienți cu școală profesională (36,4%)
- 5 pacienți cu liceu (22,7%)
- 4 pacienți cu studii superioare (18,1%)

Pacienții investigați din mediu urban reprezintă 68,2% din numărul total, iar cei din mediul rural, 31,8%. Am utilizat un instrumentar psihologic complex pentru cuantificarea trăsăturilor accentuate ale personalității acestor pacienți și ponderea anxietății acestora. Menționăm, de asemenea, că nici unul din pacienții

Scanned with OKEN Scanner

eșantionului investigat nu a avut stabilit anterior, un diagnostic psihiatric. Prin utilizarea scalei D.A.N. (Depresie - Anxietate - Reacții neurovegetative) s-a constatat faptul că intensitatea anxietății are un nivel psihopatologic semnificativ la femei - punctajul total mediu fiind 119,5 puncte (între un maxim de 141 puncte și un minim de 92 puncte), iar la bărbați are o semnificație psihologică accentuată - punctajul total mediu de 94,6 puncte (cu un maxim de 142 puncte și un minim de 50 puncte).

Scala ANV (Anxietate-Neuro-Vegetativă) evidențiază implicațiile psihosomatice, în sensul unei „astenii holistice" a organismului, ale patternurilor cognitive ale persoanei. Prin utilizarea acestei scale, am constatat că manifestările psihice și somatice mai semnificative din punct de vedere psihopatologic la femei, decît la bărbați.

Tendințele simptomatice cu semnificație psihosomatică (ale căror valori procentuale sînt mai mari de 50%).

- dispoziția anxioasă - la femei 69,44%
  - la bărbați 68%
- tensiune psihică - la femei 71,1%
- insomnia - la femei 70%
  - la bărbați 72%
- simptome gastro-intestinale - la femei 67,80%
  - la bărbați 58,20%

Scanned with OKEN Scanner

Chestionarul „W.M." (Woodworth-Mathews - reactivitate psihopatologică) a evidențiat:

- tendința generală a lotului feminin spre emotivitate accentuată (punctajul mediu fiind 220,9 dintr-un maxim de 364 puncte);
- pe baza rezultatelor obținute prin analiza tendințelor schizoide și a celor paranoice, am observat prin raportul acestora o tendință medie spre introversie: - pacienți la care predomină introversia - 60%;
- pacienți la care predomină extraversiunea - 40%;
- labilitatea și instabilitatea psihică au o semnificație psihologică accentuată la femei (o medie de 161,77 puncte dintr-un maxim de 364 posibile).

Rezultatele obținute au evidențiat o corelație semnificativă între modificările neuro-vegetative și nivelul anxietății și, ca urmare, considerăm că anxietatea are un rol major în producerea diferitelor modificări psihosomatice. Prezența manifestărilor neurovegetative, mai ales prin chestionarul A.N.V., relevă existența tulburărilor psiho-somatice, ceea ce demonstrează ipoteza unei posibile origini a modificărilor funcționale de tip organic.

Scanned with OKEN Scanner

Anxietatea sălii de așteptare

Manuela Mihai, Magda Luchian,
P. Boișteanu
Spitalul Universitar de Psihiatrie "SOCOLA" Iași
Universitatea de Medicină și Farmacie "Gr.T.Popa" Iași

Studiile realizate de numeroși cercetători și de psihologi din diferite domenii au evidențiat impactul pe care îl are anxietatea asupra întregii activități psihice, având valențele ei pozitive și negative. Foarte mulți autori au arătat că majoritatea oamenilor când trebuie să facă predicții referitoare la producerea unor evenimente viitoare care le-ar afecta viața, sînătatea sau situația materială dau dovada unui optimism nerealist în sensul că ei au tendința să creadă că vor fi mai sînătoși și mai îndrăzneți decât ceilalți, că nu vor cădea pradă suferințelor, bolilor și accidentelor. Aceste predicții favorabile sunt rezultatul unei trebuințe de autocontrol,al concepțiilor egocentrice, a unei comparații sociale scăzute,precum și a faptului că expectațiile optimiste produc satisfacții. Însă când sunt amenințați cu pierderea siguranței poziției ori a sînătății cei mai mulți oameni devin anxioși mai ales când sunt în așteptarea unui feed-back iminent.

Unul din adepții constructivismului contemporan arăta că informațiile pe care omul le recepționează conștient sau inconștient sunt cele care dau un înțeles și o

Scanned with OKEN Scanner

determinare structurii universului său. Deși pare paradoxal, chiar și în repertoriul amplu al suferinței fizice umane se poate observa o organizare a câmpului cognitiv în sensul confirmării expectanțelor, întrucât asteptările și predicțiile individului reprezintă una din forțele centrale ale comportamentului, având un rol decisiv asupra întregii activități psihice. R.Kelly considera că omul este în esența lui un savant deoarece el este mereu preocupat să facă predicții legate de evenimentele viitoare, concepția centrală a teoriei sale fiind că procesele unei persoane sunt "canalizate din punct de vedere psihologic de felul în care anticipează evenimentele" întrucât în orice situație fiecare încearcă în felul său să înțeleagă, să prevadă, să controleze realitatea exterioară și modul în care ar putea face față la aceasta.

Așteptarea ca atitudine psihologică, poate determina în anumite condiții apariția semnelor psiho-fiziologice de tipul tensiunii motorii, hiperactivității vegetative, anticipării anxioase și a stării de vigilență, aceastea având consecințe negative asupra autoreglării. De aceea, așteptarea unei consultații medicale reprezintă un factor favorabil provocării emotivității și anticipării durerii rezultând astfel un mediu favorabil apariției anxietății. Totodată, sala de așteptare, prin particularitățile pe care le are reprezintă locul în care pacienții se pot influiența reciproc asupra probabilității de a avea o afecțiune gravă, precum și asupra competenței specialistului, toate acestea petrecându-se pe fondul unei stări de îngrijorare și de așteptare anxioasă. De

Scanned with OKEN Scanner

asemenea, recepționarea zgomotelor specifice intervenției stomatologice intensifică neliniștea, pacientul ajungând uneori la atitudini evitante sau chiar la panică.

Anxietatea face parte din cadrul emoțiilor cu tonalitate negativă, iar creșterea acesteia deasupra unui nivel optim afectează echilibrul psihologic și percepția corectă asupra unor informații noi. În sala de așteptare, recepționarea informațiilor și tot ceea ce provoacă deducții referitoare la intervenția stomatologică, vor contribui la accentuarea suferinței fizice, reale, de către cea reprezentată mintal, de așteptarea unui pericol mai mult probabil decât cert, care va influiența întreaga subiectivitate a individului rezultând astfel o stare de anticipare a durerii. Aceste condiții favorizează producerea unei hiperalgotimii, întrucât frica determină exagerarea suferinței, chiar și în situația în care pragul algic nu a fost afectat în mod semnificativ. Trebuie să se facă distincția între frica de medic și de intervenția stomatologică în sine și anticiparea anxioasă a durerii care reprezintă o trăire care ia forma unei amenințări difuze, o evaluare negativă a experienței viitoare, intensitatea ei fiind strâns legată de intervalul de timp care îl desparte pe pacient de evenimentul perceput ca fiind amenințător.

În literatura de specialitate termenul de "anxietate" a apărut abia în secolul al XIX-lea prin lucrările lui J.M.Costa asupra "cordului iritabil" și prin cele ale lui Sg. Freud asupra angoasei nevrotice. Anxietatea reprezintă una din tulburările cele mai frecvente găsite la nivelul

Scanned with OKEN Scanner

populației reprezentând o trăire penibilă a unui pericol iminent, o stare de așteptare și de tensiune afectivă, individul având impresia că i se va întâmpla ceva rău. Este o "tulburare difuză care paralizează, care duce la exagerarea dificultăților, născocind în mod imaginar primejdii", care se bazează pe neliniște și teamă. Anxietatea se manifestă printr-un sentiment obscur și penibil de așteptare și este însoțită de modificări vegetative (transpirații, tremurături, palpitații, etc), persoana fiind incapabilă să se relaxeze, această stare de disconfort generând un cerc vicios de întreținere a anxietății. Prin experiențe repetate individul își formează obișnuința de a interpreta diversele senzații corporale care apar în situația unei așteptări anxioase ca fiind semnele unui pericol determinând astfel o "psihoîntreținere" a emoțiilor negative de frică și anxietate.

Conform tendințelor sale, fiecare individ reacționează prin diferite grade de anxietate, existând o strânsă legătură între reacții și trăsăturile reprezentative ale personalității. Observațiile clinice au evidențiat faptul că la persoanele cu o structură nevrotică, datorită particularităților temperamentului și caracterului, pragul senzației dureroase este mai coborât, de aceea au tendința de a supraevalua semnificația percepției dureroase și ca urmare, nivelul anxietății lor este mai ridicat. Însă persoanele anxioase sunt în mod obișnuit fără trăsături psihopatologice, întrucât timiditatea, docilitatea sau tendința de a reacționa prin spaimă într-o situație stresantă se dato-

Scanned with OKEN Scanner

reazã și unei hiperiritabilități a sistemului nervos vegetativ fără a fi neapărat anormale atât timp cât anxietatea nu se impune prin excesul, durata sau intensitatea sa. De asemenea K.Leonhard sublinia faptul că timiditatea și vulnerabilitatea crescută este întâlnită mai frecvent la femei iar acestea pot fi asociate cu manifestări vegetative care amplifică reacția fiziologică a spaimei și mărește frica. În plus, cercetările psihosomatice au arătat că dispoziția anxioasă și neuroticismul reprezintă factori ai personalității care cresc vulnerabilitatea la boli. Totodată, Engel descria așa-numitul "pacient înclinat spre durere" (pain prone patient) care prezintă sentimentul punitiei și al vinovăției, agresivitate și depresie, care-l predispun la apariția durerii cronice.

Neurofiziologii consideră că durerea este experiența umană cea mai complexă dar și o sursă importantă de stres. Durerea reprezintă cauza cea mai frecventă a solicitării consultațiilor medicale pentru că determină un grad ridicat de suferință și invaliditate. Întrucât capacitatea de adaptare a omului la suferința fizică este destul de scăzută, pentru că o durere acută nu descrește decât atunci când scade însîși cauza ei, intervenția stomatologică este neplăcută și greu suportabilă de către pacient. Ea este percepută ca fiind extrem de stresantă, intensificând astfel frica și anxietatea ceea ce va determina o sensibilitate excesivă la algia liminară sau chiar o reacție violentă atunci când este provocată durerea. Dispoziția anxioasă a personalității unui individ, emotivitatea și de-

Scanned with OKEN Scanner

presia constitue o cauză majoră de amplificare a durerii. Foarte multe studii au subliniat rolul factorilor psihologici și comportamentali în menținerea și intensificarea unei algii precum și în accentuarea severității și intratabilității unei afecțiuni prin modul în care aceasta este percepută de pacient. În 1993 Sheldon Cohen într-un studiu realizat pentru a demonstra faptul că stresul crește vulnerabilitatea la infecții arăta că această reactivitate particulară a organismului uman în condiții anxiogene se datorează emoțiilor și gândurilor negative care prin neurotranmițătorii sistemului nervos central afectează sistemul imunologic. De asemenea, cercetările ultimului deceniu s-au concentrat tot mai mult asupra capacității de adaptare în diferite circumstanțe, rezultatele arătând că prezența anxietății este legată de o capacitate slabă de autocontrol datorită unui nivel mai ridicat de activism neurofiziologic și emoțional, care determină o vulnerabilitate ridicată într-o situație stresantă. Spre deosebire de acestea, unele persoane au tendința de a-și minimaliza psihologic durerea resimțită, însă atunci când sala de așteptare furnizează informații despre situația imediată și le reactualizează pe cele legate de experiențele anterioare traumatizante, va rezulta o disonanță puternică. Ca urmare, situația va deveni anxiogenă, ceea ce va amplifica și mai mult efectul său perturbator la nivel psihofiziologic. Pentru a înlătura acest cerc vicios, Johnson și Leventhal au emis ipoteza că o descriere exactă a diferitelor senzații pe care le va încerca pacientul l-ar ajuta să-și păstreze calmul și o prezentare

Scanned with OKEN Scanner

clară a diferitelor acțiuni pe care ar trebui să le facă în timpul intervenției l-ar ajuta să colaboreze mai bine cu practicianul.Deci, rezultatele experimentului realizat asupra unor pacienți care trebuiau să suporte o endoscopie au arătat că informând pacienții asupra senzațiilor pe care le vor avea anxietatea lor a scăzut semnificativ.

Datorită particularităților pe care le au persoanele predispuse anxietății, precum și a faptului că sala de așteptare este un mediu care favorizează apariția acesteia, amenajarea sălii trebuie să urmărească obținerea unei stări de relaxare, de amortizare a rezonanței stărilor afective negative care ar putea apare în acest context. Deci, toate elementele unei săli de așteptare trebuie să contribue la creearea unei stări de relaxare, iar revistele, pliantele, un fond muzical adecvat, programarea exactă a pacienților pentru a se evita starea de așteptare reprezintă doar câteva sugestii care ar putea contribui la diminuarea și chiar la anularea stării de tensiune.

Un proiect mai elaborat, chiar dacă realizarea acestuia ar putea fi mai dificilă, ar putea cuprinde și implicarea activă a unor persoane cu dublă specializare – psihologică și medicală care să realizeze o comunicare directă cu pacienții din sala de așteptare, în sensul pregătirii și informării acestora , ar putea preîntâmpina efectele negative ale așteptării anxioase. Astfel, pacientului trebuie să i se dea impresia controlabilității stării sale și chiar a capacității sale de a suporta intervenția stomatologică care ar putea determina apariția durerii, pentru

Scanned with OKEN Scanner

a minimaliza șansele de apariție a opoziției și evitării, precum și a anxietății exagerate a acestuia.

Lucrarea prezentată este o abordare psihosomatică a pacienților care solicită consultații stomatologice în care au fost evidențiate unele implicații psihologice care apar în afecțiunile dentare.

Somatoanaliza - o abordare integrativă și eclectică

Magda Luchian, Flavia Onofrași, Manuela Mihai, I.Călugăru

Spitalul Universitar de Psihiatrie "SOCOLA" Iași

Diversitatea practicilor psihoterapeutice a dus deseori la scindarea grupărilor de teoreticieni din psihiatrie, fiind în același timp dăunătoare și relației dintre teoreticieni și clinicieni. Ca reacție, a apărut mișcarea numită "eclectismul psihoterapeutic" care s-a dezvoltat în urmă cu aproximativ 20 de ani în țările anglo-saxone.

Existența multiplelor forme de psihoterapie oferind efecte terapeutice diferite a condus la ideea că pacienții ar putea avea nevoie de o varietate de abordări psihoterapeutice pentru a avea în vedere diversele tipuri de probleme, personalități și situații prezentate. De aceea a apărut ca necesară sistematizarea indicațiilor și contraindicațiilor, cunoașterea efectelor terapeutice diferențiale și elaborarea unor strategii pentru a le folosi într-o manieră complementară, realizând chiar o sinteză a lor. Abordarea

Scanned with OKEN Scanner

integrativă și eclectică în psihoterapie vizează utilizarea mai bună a bogăției teoretice și practice actuale în acest domeniu, evitând amestecul de metode, incoerența teoretică, sau lipsa de raportare internă a psihoterapeutului. Ea vizează de asemeni propunerea unei game de intervenții la care, în special debutantul, poate recurge cu eficiență, în funcție de personalitatea și clientela sa.

În practică, suntem deseori confruntați cu probleme multiple la același pacient și nu putem fi satisfăcuți de limitele impuse prin utilizarea unui singur model teoretic; avem în vedere și faptul că anumite terapii nu sunt indicate sau sunt mai puțin indicate decât altele în anumite configurații psihopatologice.

Diferite școli de psihoterapie aduc, fiecare, un punct de vedere pentru înțelegerea psihismului și procesului de schimbare în psihoterapie. O variantă eficientă de abordare în practica clinică o reprezintă atitudinea de integrare progresivă, într-un model personal și coerent a funcționării psihice, deja bine elaborat, a elementelor conceptuale sau practice din diverse abordări.

Sintetizând într-un limbaj comun și integrând concepte, tehnici și practici diferite observîm că exersarea unor aptitudini psihoterapeutice generale este absolut necesară și prezentă în orice psihoterapie: tehnici de ascultare, de susținere, crearea unei alianțe terapeutice, strategii de intervenții, considerarea diverselor elemente legate de contextul consultației, comportamentul non-

Scanned with OKEN Scanner

verbal, ritmul întâlnirilor și adaptarea lor la nivelul de înțelegere și de "insight" al pacientului, etc.

Abordarea integrativă și eclectică prezintă un avantaj în formarea psihoterapeuților, dincolo de dezvoltarea aptitudinilor terapeutice obișnuite și esențiale, ea adaugă psihoterapeutului suplețe și o poziție relativă vis-a-vis de diverse teorii.

Clinicienii cei mai experimentați și mai competenți sunt eclectici în măsura în care ei se informează constant în privința teoriei și integrează ideile altor cercetători în activitatea lor de terapeuți. Chiar și un practician "ortodox" poate fi interesat de o abordare diversificată și integrată, din următoarele motive:

- îi permite o alegere informată a metodei pe care o va folosi;

- va fi mai tolerant, deschis și respectuos față de colegii care utilizează alte tehnici;

- va fi conștient de limitele alegerii pe care o va face. Acest lucru este foarte important pentru că în practica sa va fi confruntat inevitabil cu un număr de situații psihopatologice foarte variate și heterogene, care pot depăși capacitățile explicative și terapeutice ale unei singure abordări;

- cunoașterea altor maniere de interpretare și tratare a faptelor clinice, mai multă suplețe și distanță în raport cu propria sa teorie, putând astfel să utilizeze tehnici provenind din alte abordări adaptându-le la propriul cadru teoretic.

Scanned with OKEN Scanner

În accepțiunea autorilor Olivier Chambon și Michel Marie-Cardine pentru a fi eclectic, rîmânând coerent, aproape de suferința pacientului și capabil de a-l ajuta să se schimbe, un terapeut "eclectic" trebuie să parcurgă mai multe etape (vezi anexa 1).

De asemenea este necesar să se utilizeze unii parametri în schimbarea terapeutică (vezi anexa 2). Această soluție este ilustrată de Richard Meyer în definirea "somatoanalizei" arătând cum corpul, psihismul și socialul pot fi integrate într-un model teoretic global căruia îi sunt adaptate intervenții practice specifice.

Socio-somatoanaliza este o terapie analitică de grup care, prin dimensiunea corporală adaugă expresia și comunicarea prin corp, celor verbale. Această terapiei lucrează la nivelul funcționării corporale ca și la cel intrapsihic și relațional. În cadrul analitic freudian, fiecare analizat are inițiativa lucrului său. Dinamica de grup - liberă de orice exercițiu structurat - suscită și stimulează expresia emoțională (tandrețe, furie, bucurie, frică).

Unitatea de bază a socio-somatanaliza construită pe ciclul emoțional, este ședința de trei - patru ore, formată din patru secvențe precizate care nu contrazic totuși nondirectivitatea analistului.

"Grupul lărgit verbal" în care se dezvoltă dinamica grupului și unde se schițează trăirea individuală. Această secvență durează unu -două ore și se constituie în jurul unui discurs folosit ca miză a dinamizării mai curând decât ca revelator al profunzimilor individuale. Fiecare parti-

Scanned with OKEN Scanner

cipant poate expune, fără directivă prealabilă nevoia sa, dorința sa, proiectul său. Ceilalți membri îl lasă sau nu să vorbească, îl interpelează sau nu prin cuvinte, zgomote, suspine, lacrimi, schimbări ale poziției corpului, complicitate, frici, expresii de angoasă, atitudini de fugă (râs, somnolență).

"Cercul vocal apropiat" în care sunetele și proximitatea fizică unifică subiectul și îi amplifică emoția. Fiecare participant închide ochii și intră într-o expresie vocală în care forma și intensitatea depind de propria sa trăire interioară. Secvența durează diferențiat până în momentul în care persoana părăsește grupul pentru a se regăsi fie singur "în bula sa creatoare", fie pentru a constitui un cuplu de lucru cu un alt participant sau cu terapeutul.

"Grupul explodează în manifestări primare" – secvență în care se oferă posibilitatea de a trăi emoția în intensitatea ei. Unii se retrag singuri, iar alții își urmează lucrul emoțional, cel mai adesea prin țipăt sau prin exprimări corporale ale tensiunilor refulate. Aceste descărcări se lucrează cu analistul sau cu co-terapeutul său.

În "grupul regăsit, convivial" se exprimă timpul analizei și împărtășirii trăirilor emoționale individuale. Acest moment de unificare permite fiecărui participant să fie mai tandru și senzual disponibil celorlalți pentru a asculta și pentru a exterioriza.

Socio-somatanaliza se propune ca o lectură instantanee a atitudinii grupului. Foulkes a introdus două idei majore: cea a grupului ca matrice și rețea de co-

Scanned with OKEN Scanner

municare și cea a lecturii bolii și vindecării ei la nivelul acestei comunicări însăși. Întradevăr, această lectură dă informații asupra comportanetului în dimensiunea relațională, asupra temperamentului, atitudinii, prezenței în grup (emoțională, demonstrativă), asupra nevoilor, relațiilor privilegiate, asupra modurilor de investire în grup, asupra relației transferențiale.

Corpul aduce și duce și el unele sensuri: pentru unii el permite găsirea unui loc iar pentru alții este un mijloc de comunicare, o cale de a intra în terapie, un limbaj, un al schimbărilor. În dimensiunea analitică, interpretarea se poate face la mai multe nivele: verbal, corporal, spiritual.

Interzicerea violenței, genitalității, părăsirii sălii în timpul ședinței, sunt consemne și reguli de bază.

Această ședință se repetă de două ori în cursul unui atelier - tip de două zile, în timp suplimentar pentru alte tehnici suplimentare: dans, respirație, relaxare.

Anexa 1

Ce se imune psihoterapeutului înainte de o abordare integrativă și eclectică:

- să se cunoască pe sine însăși;
- să aibă un model de funcționare mentală suficient de global, bogat și complex;
- să cunoască principalele teorii ale funcționării mentale și a tulburărilor sale;
- să cunoască practica diverselor tehnici și să fie capabil de atitudini și roluri terapeutice variate;

Scanned with OKEN Scanner

- să posede aptitudini terapeutice generale și strategii de interacțiune psihoterapeutică.

Anexa 2

Factori implicați în orice transformare terapeutică:

- crearea unei alianțe terapeutice;
- provocarea unei comprehensiuni a pacientului de către el însuși și a dificultăților pe care le are;
- a proceda în așa fel încât pacientul să se simtă înțeles și acceptat de terapeut;
- a permite integrarea emoțiilor și gândurilor, reducerea tensiunilor și a culpabilității, pe parcursul unei relații care exclude judecăți de valoare;
- întărirea transformărilor pozitive ale pacientului.

Scanned with OKEN Scanner

Placebo-psihoterapie

Roxana Brânzei, P. Boișteanu, V. Chiriță, N.Cosmovici, M. Șelaru

Spitalul Universitar de Psihiatrie "SOCOLA" Iași - UMF Iași

***Motto**: "Încrederea în virtuțile unui remediu îi conferă acestuia virtuțile care se așteaptă de la el."*
Ch. FIESSINGER

Efectul placebo este definit de KIESSEL ca o "măsură terapeutică de eficiență nulă sau slabă și fără un raport logic cu boala, însă care acționează printr-un mecanism psihologic sau psihofiziologic atunci când pacientul crede că primește un tratament activ".

Eficiența unui medicament nu depinde în exclusivitate de acțiunea farmacologică a substanței active, ci și de factori psihologici, printre care încrederea pe care bolnavul o investește în medic și în medicament. "Nu este nici o îndoială pentru nimeni, mai ales de când psihologia a pătruns de pe poziții științifice în domeniul științelor medicale, că fiecare medicament acționează nu numai conform proprietăților sale farmacologice, ci și conform receptării sale psihologice sau chiar sociale" (A. PERCEK).

SIVADON consideră că efectul placebo depinde în special de trei factori, care acționează prin mecanisme predominant inconștiente: atitudinea pacientului față de

Scanned with OKEN Scanner

medicină, încrederea pacientului în medic, reputația tratamentului.

Pierre-B. SCHNEIDER arată că orice medicament (fie activ, fie placebo) este cu atât mai activ, mai eficient cu cât este prescris cu convingere, întrucât - în afara efectului farmacodinamic - acțiunea medicamentului depinde de anumiți factori psihologici: atitudinea terapeutului, credința sa în eficiența tehnicii aplicate (care devine indice al puterii sale terapeutice) și atitudinea pacientului, credința/încrederea sa în tratament și în terapeut.

Cel mai bun medicament este medicul însuși și credința care se investește în el. Orice tratament poate fi eficient în măsura în care îi dă pacientului speranță, întrucât "speranța" este elementul esențial al vindecării psihice, ea poate mobiliza mecanisme și resurse nebînuite (J. FRANK). Cel mai adesea, pacienții nu au nevoie de certitudini științifice, ci de speranță - fapt de care trebuie să se țină seamă în formularea diagnosticului și a prognosticului; acestea - chiar în situația unor boli considerate "incurabile" - trebuie să prezinte o anumită ambiguitate în formulare, "să lase o portiță de scăpare", astfel încât pacientul să-și poată proiecta speranțele, credința în puterea omului de a determina efectele dorite. În situația existențială cu încărcătură afectivă particulară pe care o reprezintă boala are loc o regresie la gândirea de tip magic. "Omul rațional de astăzi este numai aparent liber de reprezentări magice și conduite mitice ș...ț Odată cu creșterea ponderii gândirii raționale crește și aparența de

Scanned with OKEN Scanner

rațională: în spatele demersului pseudologic poate să se ascundă și o reprezentare magică" (VL.A. GHEORGHIU, 1982). Placeboterapia ne demonstrează faptul că este o mare greșeală a disocia medicina corpului de cea a psihicului; în orice suferință și în orice proces de vindecare, de alinare a suferinței există o participare subiectivă, psihică - dar nu întotdeauna rațională, logică. "Parte din acțiunea medicamentului stă în încredere. Omul actual trăiește, ca și cel vechi, îmbibat de credințe magice, dar azi acestea sunt îmbrăcate în haine științifice și tehnice" (J. JORES).

I.C. CUCU subliniază distincția între placebo și efect placebo, arătând că "în limbajul medical prin placebo se înțelege un medicament inofensiv, dar cu efect psihologic datorită sugestiei și imaginației bolnavului".

PĂUNESCU-PODEANU definește placebo ca "o substanță sau metodă lipsită de acțiune terapeutică proprie, intrinsecă și fără raport logic cu boala, dar care se aplică bolnavului dându-se drept remediu activ de mare eficacitate pentru a determina la bolnav efecte utile prin mecanisme psihologice de amăgire și iluzie", "un fel de terapie sugestivă încarnată într-o practică materială", "o psihoterapie regizată", un pseudomedicament, un mijloc terapeutic simulat, un efect psihologic de mistificare inactiv prin el însuși, dar cu încărcătură psihologică în speranța vindecării. Autorul citat subliniază că "magia medicamentului" a făcut ca medicii să piardă din forța spirituală pe care o aveau altădată, decăzând din rolul lor de "magi-psihotera-

Scanned with OKEN Scanner

peuți". Ritualul terapeutic, starea de stres care însoțește "misterul" administrării tratamentului are un efect psihologic deosebit, constituie "aparatul magic" de care depinde apariția efectului placebo (PăUNESCU-PODEANU).

Alexandru OLARU, introduce în "ecuația efectului placebo" și dispoziția particulară a bolnavilor de a reacționa la placebo, arătând că există subiecți placebo-sensibili și placebo-rezistenți: "Se numesc placebo-sensibili (Placebo-reactors) pacienții a căror stare se modifică atunci când li se administrează un placebo și placebo-insensibili (Non placebo reactors) aceia a căror stare nu se modifică în aceleași condiții. Se numesc sensibili pozitiv la placebo aceia a căror boală se ameliorează la placebo și sensibili negativ (efect nocebo) aceia a căror boală se agravează la placebo." PLUVINGE și barrucaud descriu pacienții placebo sensibili ca pe niște indivizi potoliți, timizi, pasivi, dependenți, emotivi, fără inițiativă și autoîncredere, influențabili, sugestibili, anxioși, mai sensibili la sentimente decât la raționamente, conservatori pe plan social, cooperanți cu personalul medico-sanitar, extravertiți și ușor de satisfăcut. Persoanele placeborezistente sunt caracterizate ca indivizi rigizi, curioși, încăpățânați, activi, adesea cu un nivel intelectual ridicat, criticiști, cu un bun control emoțional, adesea nemulțumiți și necooperanți. Subiecții placebo-negativ au fost descriși ca persoane rigide, neîncrezătoare, cu stigmate nevrotice, adesea personalități dizarmonice.

Scanned with OKEN Scanner

În loc să se nege importanța efectului placebo, ar fi preferabil să se continue investigarea variabilelor care contribuie la el: caracteristicile bolii; particularitățile subiecților; modul de administrare (cele mai eficiente s-au dovedit substanțele placebo injectabile); influența culorii și a gustului (un placebo colorat este mai activ decât unul necolorat și unul amar față de unul insipid); asocierea administrării preparatului cu sugestii directe; durata administrării (efectul placebo tinde a se atenua în aplicații repetate) etc. "În efectul placebo, personalitatea medicului are un rol imens, ceea ce explică rezultatul remarcabil obținut de tîmăduitori și babe doftoroaie". Relația terapeutică poartă amprenta personalității celor doi actori sociali angajați în interacțiune (terapeutul și pacientul), precum și a contextului social în care evoluează. Efectele terapeutice corelează semnificativ cu calitatea relației terapeutice. "Orice act terapeutic implică un conținut psihologic" (IONESCU, 1985). Atitudinile, expectanțele, motivația și credințele pacientului sunt foarte importante în determinarea eficienței tratamentului; orice tratament va fi eficient dacă pacientul manifestă o atitudine favorabilă, crede în eficiența lui, se așteaptă să obțină rezultate pozitive și este motivat să-l urmeze. Unele vindecări miraculoase ("vindecări prin credință") au fost atribuite efectului placebo. S-a confirmat că, în tratarea problemelor de ordin psihologic, substanțele placebo sunt adesea la fel de eficiente - sau chiar mai eficiente decât medicamentele. Unii clinicieni (LIEBERMAN & DUNLAP,

Scanned with OKEN Scanner

1979; WILKINS, 1984) au sugerat că răspunsul placebo poate fi unul din motivele pentru care psihoterapia are rezultate. Din acest punct de vedere, orice metodă de psihoterapie are rezultate. Din acest punct de vedere, orice metodă de psihoterapie poate da rezultate pozitive dacă pacientul crede în eficiența ei. Ideea că răspunsurile placebo joacă un rol central în psihoterapie i-a deranja pe unii clinicieni, care considerau că efectul placebo ar lega psihoterapia de "păcăleală", "șarlatanism", "autoamăgire". S-a încercat controlul/evidențierea eficienței reale a unor tehnici terapeutice specifice, cu ajutorul unor "scheme experimentale placebo"; de exemplu, un experiment care viza testarea eficacității desensibilizării sistematice în reducerea anxietății provocate de situația de a vorbi în public includea trei grupuri de subiecți - unul era tratat prin desensibilizare sistematică, altul prin "atenție-placebo", iar celălalt grup era netratat (grup de control). Studiul a arătat că grupul supus desensibilizării sistematice a obținut rezultate mai bune decât celelalte două, deci succesul procedurii de desensibilizare sistematică nu a fost datorat în exclusivitate efectului placebo.

Mecanismele care intervin în producerea efectelor placebo nu au fost încă deplin elucidate, deși s-au avansat numeroase ipoteze:

Existența unui mecanism clasic de condiționare în producerea efectelor placebo (IONESCU, 1985; KIRSCH, 1985; OLARU, 1990 etc.). Administrarea anterioară a unui medicament activ (stimul necondiționat) favorizează

Scanned with OKEN Scanner

apariția ulterioară a răspunsului în prezența substanței placebo (stimul condiționat) și a unor circumstanțe similare situației de condiționare. "Experimental, ultimele cercetări au arătat că efectul placebo este un reflex condiționat, în care ansamblul medic-placebo este semnalul declanșator al efectului condiționat. Răspunsul pozitiv, negativ sau lipsa răspunsului depind de tensiunea în care se află bolnavul" (OLARU).

Rolul expectanțelor

"Întrucât, în general, efectele placebo corespund cunoștințelor sau credințelor oamenilor despre felul sau natura medicamentului pe care cred că l-au primit, relația dintre placebo și expectanță pare evidentă".

KIRSCH definește procedurile placebo-psihoterapeutice drept "proceduri de modificare a expectanței". "Deși răspunsurile placebo mimează în general efectele medicamentelor active, când oamenii au expectanțe de răspuns care sunt contrare efectele farmacologice ale medicamentului activ, răspunsul lor la placebo este concordant cu expectațiile lor mai degrabă decât cu efectele farmacologice ale medicamentului".

Credințele, reprezentările, expectanțele de răspuns ale subiecților servesc drept "grilă de interpretare" a situației, ghidează reacțiile persoanelor față de diverși stimuli.

"Există studii care demonstrează că subiecții reacționează la unele substanțe placebo nu în concordanță cu efectele reale ale substanței active, ci cu reprezentarea (socială) pe care o au despre aceasta. De pildă, atât subiecții care

Scanned with OKEN Scanner

au consumat cafea, cât și cei care au consumat cafea - placebo își îmbunătățesc timpul de reacție imediat, deși nivelul maxim al cofeinei în sânge este atins după o oră, fapt ce elimină ipoteza unei condiționări prin asocierea cu efectul farmacologic al cofeinei (experimentul lui Knowels, 1963, comentat de Kirsch, 1985); de asemenea, deși efectul farmacologic al alcoolului nu justifică creșterea excitării sexuale la stimuli erotici și nici a comportamentului agresiv, reacțiile subiecților la alcool - placebo au fost în această direcție, conform reprezentărilor comune privind efectele consumului de alcool (FARCAS & ROSEN, 1976; BROWN, GOLMAN, INN & ANDERSON, 1980 etc.)".

Expectația pacientului că starea lui se va ameliora și o puternică dorință ca acest lucru să se întâmple sunt ingrediente esențiale ale speranței, iar speranța poate influența emoțiile și procesele fiziologice.

Influența socială

Deoarece pacienții tind să-i vadă pe terapeuți ca indivizi ce dețin putere socială, ei pot fi foarte receptivi la sugestiile lor și pot fi cu ușurință persuadați că vor obține rezultate pozitive. Din perspectiva teoriei rolului, rolul de pacient presupune anumite comportamente prescrise; un "pacient bun" este cel care-și îmbunătățește starea, care face progrese (ameliorarea stării pacientului ar justifica grija și interesul pe care i le-au arătat terapeutul).

Endorfinele pot juca un rol important în răspunsul placebo.

Scanned with OKEN Scanner

Factorii comuni ai diverselor sisteme psihoterapeutice.

Toate sistemele psihoterapeutice au la bază niște elemente comune, care au un rol fundamental în construirea relației terapeutice: exprimarea liberă și deschisă a trăirilor afective ale pacientului ("catharsis"), înțelegerea intuitivă ("insight") a unor probleme psihologice personale, vehicularea unor informații noi, achiziționarea unor noi modele de comportament, întărirea experiențelor încununate de succes; empatie, acceptare și valorizare pozitiv necondiționată a pacientului de către terapeut etc.

Sugestia și autosugestia: implicarea proceselor imaginative în obținerea efectului placebo.

Tendința de vindecare, de reechilibrare spontană a organismului

"În marea majoritate a cazurilor, efectul de tip placebo își are explicații precise, ce țin de domeniul psihologiei, mai precis de domeniul autosugestiei. Sunt însă situații când același efect ține de domeniul coincidenței, al hazardului, ca și de faptul că multe boli se vindecă de la sine prin acțiunea tacită, dar întotdeauna prezentă a organismului" (A. PERCEK).

Scanned with OKEN Scanner

Metafora ca strategie creativă în psihoterapie

Camelia Puzdriac
Spitalul Universitar de Psihiatrie "SOCOLA" Iași

Imaginea pe care o avem despre lume, realitate, spune p. Watzlawick (Dafinoiu, 1994), este expresia unor credințe profunde în legătură cu natura lucrurilor. El vorbește de o realitate de ordinul II, care e realitatea psihologică, construită, diferită de realitatea de ordinul I, aceasta fiind independentă de evaluările, relatările noastre.

Situându-se pe o poziție constructivistă, p. Watzlawick consideră că realitatea de ordinul I nu este accesibilă cunoașterii umane și că toate problemele cu care ne confruntîm sunt expresia realității noastre de ordinul II. Aceasta este și șansa terapeuților, care, în cadrul demersului psihoterapeutic pot schimba, într-o anumită măsură, percepțiile și credințele oamenilor vizavi de situațiile în care se află.

Schimbarea terapeutică este un proces al inițierii și promovării de comportamente noi și diferite, a unor percepții sau cadre de referință în contextul problemei prezentate sau a soluției acestei probleme.

Relația terapeutică e, în esență, o relație creativă. Procesul terapeutic poate fi descris ca fiind un proces de "deconstruire" și "construire" a realității psihologice (Malarewicz, 1992). "Construirea" realității poate fi asimi-

Scanned with OKEN Scanner

lată cu noțiunea de "reîncadrare", deoarece se vorbește de aceleași fapte, dar prezentate în așa fel încât apar diferite. Terapeutul, prin întreg ansamblul de metode și strategii pe care le folosește, reconstituie realitatea pacientului într-o astfel de manieră încât pare că relația sa cu simptomul nu mai poate fi aceeași ca precedenta. Rolul terapeutului este de a găsi cadrul care să conducă pacientul spre o nouă perspectivă asupra cauzelor sale.

În vederea realizării acestui scop, este necesar ca în procesele terapeutice să se utilizeze strategii creative care să reducă rezistențele pacientului, să-i deblocheze energiile creative, să-i activeze resursele latente în scopul găsirii unor posibilități de rezolvare a problemei sale. Pentru realizarea cu succes a acestor obiective, un rol important îl are utilizarea "indirectivității" (Malarewicz) în cadrul relației terapeutice.

Una din multiplele utilizări ale indirectivității o constituie utilizarea metaforelor și a povestirilor metaforice în procesul terapeutic. Prin povești, povestiri, simboluri, alegorie, comparații analogice și metaforă, terapeutul propune o nouă construcție, o nouă percepție a realității sale. Rolul psihoterapeutic al poveștilor și metaforelor este cunoscut din cele mai vechi timpuri. Metaforele cuprinse în poveștile populare, în proverbe, în zicători, în povestirile biblice au rezolvat situații conflictuale înainte de a se vorbi de psihoterapie.

Admițând că realitatea de ordinul I (numită de Kant lucru în sine) nu e accesibilă cunoașterii umane, am putea afir-

Scanned with OKEN Scanner

ma că lumea, realitatea este "o metaforă, un transfer, o prelungire a vieții psihice" (Avădanei, 1994, p. 6), astfel încât trebuie să recunoaștem metafora ca pe "unul din procesele fundamentale ale gândirii umane" (Idem, p. 6). Prin utilizarea metaforei în psihoterapie relația terapeutică devine o relație profund creativă, terapeutul fiind creatorul metaforei sau al povestirii terapeutice corespunzătoare problemei clientului.

Terapeutul eficient este cel care **prezintă caracteristicile:**

a) *sensibilitate la probleme* (Stoica, 1983, p. 174), el fiind capabil să descopere problema reală ce se ascunde în spatele relatărilor, uneori confuze, ale clientului. De cele mai multe ori nici clientul nu-și conștientizează problema, trăind un sentiment confuz de disconfort, neliniște și nemulțumire, sau problema pe care o acuză nu este cea reală;

b) capacitate de *redefinire a problemei* clientului, în termenii schimbării, de resemnificare, încât aceleași date pot căpăta un nou sens, raportate la un nou cadru. Terapeutul, prin intermediul contextului și metodelor utilizate, schimbă paradigma, oferind o nouă perspectivă acuzelor clientului;

c) *gândire analogică metaforică asociativă spirit de observație* cu rol deosebit în crearea metaforelor, povestirilor terapeutice, umorului terapeutic, paradoxurilor și jocurilor terapeutice, dar și în interpretarea și înțelegerea gesturilor, trăirilor și metaforelor utilizate de client;

Scanned with OKEN Scanner

d) capacitatea de a *regresa în serviciul sinelui*, dar și o solidă gândire logică (utile în construirea și conducerea intervenției terapeutice, în înțelegerea profundă a problemei clientului);

e) *evitarea seturilor perceptuale* și a modurilor de gândire consolidate. În psihoterapie nu putem vorbi de utilizarea unor șabloane, orice intervenție terapeutică e unică și irepetabilă, deoarece ea este în funcție de personalitatea celor doi protagoniști (terapeutul și pacientul), de caracteristicile problemei clientului, de metodele utilizate și de contextul socio-cultural și temporal în care se desfișoară;

f) terapeutul prezintă o mare *toleranță la ambiguitate*. Primele ședințe prezintă un mare grad de ambiguitate, mai ales când pacientul își activează mecanismele de rezistență. În multe situații, această ambiguitate se prelungește pe tot parcursul terapiei. "Creativitatea terapeutului descrește cu creșterea numărului de informații care-i sunt date de pacient, de cuplu sau de familie. El va fi ispitit să coreleze ansamblul acestor informații în asemenea manieră, încât să poată fi integrate în modul său de înțelegere" (Malarewicz, 1992, p. 90).

De aceea multe tehnici mențin în mod deliberat ambiguitatea pe tot parcursul terapiei (de exemplu utilizarea metaforei, a povestirilor terapeutice, a paradoxului terapeutic etc.). Tehnica "bulei de cristal" a lui Erickson este un bun exemplu în acest sens. Ea se desfișoară în patru pași, în timpul transei hipnotice, iar procedura include vizualizarea de către pacient a unor bule de cristal diferite. În pasul I

Scanned with OKEN Scanner

pacientul este rugat să vizualizeze în bula de cristal o amintire plăcută, dar care a fost uitată; pasul al doilea presupune vizualizarea unui eveniment recent dar, în mod surprinzător, uitat, iar pașii III și IV utilizează bulele de cristal pentru a privi într-un viitor în care problema sa va fi rezolvată. Pacientul este cel care își alege momentul rezolvării problemei sale într-un viitor mai mult sau mai puțin apropiat, iar terapeutul nu știe nimic despre acest moment. După ultima ședință, în care pacientul și-a vizualizat rezolvarea problemei, terapeutul poate aștepta și câteva luni pentru a afla modul în care pacientul și-a rezolvat problema.

În haosul de informații, trăiri, situații, sentimente de cele mai multe ori contradictorii și confuze pe care le prezintă inițial pacientul, terapeutul trebuie și reușește să facă ordine; g) *flexibilitate* și *abilitate în adoptarea deciziilor* deoarece demersul terapeutic e plin de neprevăzut; oricând se pot afla informații noi care să sugereze o nouă perspectivă asupra problemei, iar terapeutul nu știe niciodată cum va reacționa pacientul la metodele și tehnicile terapeutice care îi sunt propuse în cadrul terapiei.

J. A. Malarewicz enumeră următoarea serie de factori care condiționează reușita terapeutului în construirea metaforelor (1992 pp. 77-80):

a) definirea orientării senzoriale a pacientului prin observarea atentă a canalelor senzoriale cele mai active în procesarea problemei și utilizarea lor în cadrul metaforei;

Scanned with OKEN Scanner

b) utilizarea activităților favorite ale pacientului prin faptul că favorizează o mai bună proiecție a sa facilitează găsirea alternativelor de rezolvare a problemei sale;

c) utilizarea repetiției în metaforă ceea ce-i asigură o anume dimensiune atemporală și care-i permite să se elibereze de momentul prezent (are loc o anumită regresie legată de repetițiile din poveștile pe care părinții ni le spuneau când eram mici ca să adormim);

d) jocul de cuvinte și simboluri din cadrul metaforei favorizează intrarea într-o altă realitate prin sensibilizarea pacientului la anumite aspecte;

e) implicarea nivelului emoțional (emoțiile trebuie să fie implicate în metaforă chiar dacă unele pot deveni dezagreabile pentru pacient);

f) cadrul metaforei terapeutul poate introduce elemente de umor sau situații incongruente. Umorul introduce o anumită distanță facă de conflict. Simțul umorului activează dimensiunea ludică a comportamentului uman; pacientul poate fi determinat să privească situația ca pe un joc pe care poate să nu-l ia în serios;

g) sprijinirea pe realitatea pacientului pentru ca metafora să fie credibilă și utilă;

h) universul metaforei să se prezinte sub formă rotundă deplină și unitară. Sfârșitul ei trebuie să lumineze ansamblul și să-i dea un sens uneori neașteptat dar coerent.

O condiție importantă în realizarea cu succes a terapiei este ca pacientul să fie capabil să dezvolte și să exprime

Scanned with OKEN Scanner

comportamente noi, referitoare la problema sa, să aibă o nouă perspectivă asupra simptomului său.

În ce privește pacientul, elementul cheie îl constituie conceptul de rezistență, desemnând un ansamblu de manifestări prin care pacientul se opune angajării în procesul terapiei și progresului acesteia. Rezistența la schimbare a pacientului este determinată de mecanismele sale conștiente sau inconștiente și reprezintă un factor inhibitor pentru rezolvarea creativă a problemei sale.

Ca factori **inhibitori ai creativității pacientului** în procesul terapeutic, mai menționîm:

a) centrarea pacientului pe problemă. El este atât de centrat pe simptomul, trăirile, stările sale încât nu vede nici o soluție, ci doar problema;

b) centrarea pacientului pe soluție. În procesul terapeutic, de multe ori pacientul vine deja cu o soluție, așteptând doar confirmarea terapeutului. Această soluție împiedică pacientul să găsească și alte posibilități de a-și rezolva problema. Când pacientul devine prizonierul unui anumit tip de soluție, rezolvarea devine problematică;

c) beneficiul ascuns al simptomului, pe care pacientul poate sau nu să-l conștientizeze, mobilizează mecanismele de rezistență la schimbare;

d) expectanțele pacientului în legătură cu demersul terapeutic, atunci când acestea sunt nerealiste (pacientul nu trebuie să se aștepte la o rezolvare rapidă a situației sale, care să implice o angajare și un efort minim din partea sa);

Scanned with OKEN Scanner

e) gradul de motivare a pacientului pe parcursul curei terapeutice, care influențează angajarea și implicarea sa în demersul terapeutic;

f) imaginea de sine negativă și o slabă încredere în forțele proprii inhibă creativitatea pacientului.

Prin utilizarea tehnicilor indirective în psihoterapie se creează un cadru în care rezistențele pacientului scad și sunt activate și mobilizate resursele lui psihice, creatoare.

De multe ori pacienții își exprimă metaforic trăirile, stările prin care trec, suferințele ("Mă simt ca într-o capcană", "Sunt prins ca într-o pânză de păianjen", "Sunt ca într-un cerc magic, în care nu am unde să mă ascund" etc.). Metaforele care exprimă lucruri esențiale pentru pacient sunt denumite "metafore de nucleu" (Fernandez, 1977), iar dacă aceste metafore nu sunt conștientizate, ele sunt denumite "metafore înghețate". De multe ori metafora utilizată de pacient pentru descrierea acuzelor sale constituie punctul de plecare în funcție de care terapeutul construiește demersul terapeutic. "Relevanța psihoterapeutică a metaforelor se bazează pe faptul că limbajul utilizat de pacient este un indicator al conținutului gândirii acestuia" (Holdevici și Vasilescu, 1993, p. 203).

I. Dafinoiu spune că "libertatea este capacitatea de a avea alternative" (1994), iar utilizarea metaforei în psihoterapie oferă pacientului posibilitatea de a găsi aceste alternative, asupra cărora poate să decidă în mod liber.

Scanned with OKEN Scanner

Rolul metaforelor și povestirilor terapeutice în demersul terapeutic este de a debloca potențialul creativ al pacientului:

a) ele "disociază" pacientul de realitatea sa, plasîndu-L la un nivel unde posibilitățile prind formă. El poate trece, astfel, de la o realitate la alta, de la realitatea sa la cea a metaforei, ceea ce-i stimulează flexibilitatea gândirii și-i permite găsirea unor soluții diverse de rezolvare a problemei;

b) "metafora mobilizează capacitățile imaginative ale subiectului și conține o dimensiune regresivă" (Malarewicz, 1992, p. 74). Această dimensiune regresivă e accentuată în cazul utilizării poveștilor terapeutice și a povestirilor metaforice, și de multe ori metafora se adresează "copilului" care e prezent în intimitatea pacientului, metafora devenind astfel atrăgătoare prin forma ei de prezentare.

c) metafora nu mobilizează rezistența la schimbare a pacientului, pentru că ea nu-i cere nimic, nu-l obligă să ia o decizie imediată. "Ea nu face decât să-i propună, în manieră indirectă, alternative și perspective noi" (Malarewicz, 1992, p. 73);

d) metafora înscrie pacientul într-o desfășurare ce comportă un debut și un final, ajutîndu-l la definirea raportului terapeutic și găsirea unor ieșiri din situația sa;

e) prin utilizarea metaforei, terapeutul îl plasează într-o situație incertă, atemporală și aspațială, unde lucrurile sunt destructurate, unde tiparele nu-l mai împiedică, unde totul e posibil, astfel încât pacientul să simtă nevoia să facă

Scanned with OKEN Scanner

ordine. Astfel, pacientul e învățat să utilizeze categorii mai largi, să facă apel la gândirea metaforică și divergentă;

f) metafora îi oferă mai multe niveluri de înțelegere. "Metafora e ca o cutie care conține un număr de obiecte mai mult sau mai puțin precise, mai mult sau mai puțin utile pentru pacient, mai mult sau mai puțin pertinente pentru situația sa. Aceste obiecte sunt diferitele înțelesuri posibile ale metaforei, din care pacientul va face o alegere" (Malarewicz, 1992, p. 79). Libertatea de a alege din această diversitate stimulează creativitatea pacientului;

g) prin utilizarea metaforei, terapia poate fi considerată ca o experiență, limitată în timp, care vizează o mică parte din viața pacientului și care are un sentiment plăcut de implicare.

Tehnica povestirilor terapeutice, arată N. Peseschkian, îl ajută pe pacient să-și recunoască mai bine problema și să găsească o cale de rezolvare. Poveștile favorizează identificarea, proiectarea atât a propriilor conflicte cât și a soluțiilor. Mai mult, povestirile vehiculează conflicte și soluții în manieră indirectă. Ca și în cazul metaforei, pacientul poate obține o anume distanță față de propriul conflict, fapt ce va favoriza găsirea soluției (decentrarea de pe problemă). Poveștile vehiculează sugestii indirecte și tocmai de aceea ele activează mai puțin rezistențele pacientului (metafora utilizată aici ar putea fi "cine are urechi de auzit să audă"). În același timp, poveștile furnizează situații-test, în care pacientul poate încerca soluții, răs-

Scanned with OKEN Scanner

punsuri neobișnuite, pe care apoi le-ar putea aplica la propriile conflicte.

Atmosfera în care se spun poveștile nu este seacă, abstractă, ci deschisă și afectivă. Poveștile deschid ușa fanteziei, spre gândirii metaforice, minunii și misterului.

Într-un fel, am putea spune că ele induc creativitatea. Poveștile evită confruntarea directă dintre pacient și terapeut și, în același timp, și contraindicațiile privind soluția. Datorită conținutului său imagistic, pot fi mai ușor reținute și activate în diverse situații conflictuale. Povestirea terapeutică trebuie spusă când pacientul e capabil să recepteze simbolurile transmise de terapeut și când relația terapeutică ajunge la o anumită temperatură afectivă.

Poveștile sunt "contraconcepte" pentru că terapeutul, când spune povești, nu spune și nici nu pomenește de o anume teorie. El oferă pacientului un simbol, căruia pacientul îi dă o interpretare pe care o poate accepta sau nu. În cadrul povestirii, informațiile sunt plasate în mod deliberat într-o manieră ambiguă, pentru a lăsa câmp liber proiecției.

Povestea propune o convenție ("A fost odată ca niciodată ...") și acceptând faptul că e o poveste se poate întâmpla orice. Prin povestire, pacientul e dus dincolo de cadrul pe care-l creează gândirea hiperlogică.

N. Peseschkian prezintă cazul unui pacient alcoolic care avea dificultăți profesionale și în familie. Când era întrebat "Cum te simți?" răspundea întotdeauna la fel - "Nici o schimbare" acest joc al întrebării și răspunsului devenind

Scanned with OKEN Scanner

un ritual prin care el sugera că nimeni nu poate realiza prea mult pentru el.

Într-o zi când acest ritual s-a repetat terapeutul i-a spus următoarea poveste:

"Sunt la fel de puternic ca acum 40 de ani

Trei bărbați în vârstă toți buni prieteni stăteau împreună și vorbeau despre bucuriile tinereții și despre poverile bătrâneții. "Ah - a exclamat unul din ei - picioarele mele nu mai vor să mă asculte. Obișnuiam să alerg ca un ogar iar acum picioarele m-au lăsat atât de mult încât cu greu mai pot pune un picior înaintea celuilalt".

"Ai dreptate" l-a asigurat cel de-al doilea bărbat. "Am sentimentul că puterile tinereții mi-au secat precum apa în deșert. Timpurile s-au schimbat și între pietrele de moară ale timpului ne-am schimbat și noi".

Cel de-al treilea un mullah (învățat) mai puțin șubred decât camarazii săi și-a clătinat capul și a spus: "Nu vă înțeleg prieteni. Lucrurile de care voi vă plângeți nu le-am încercat. Eu sunt la fel de puternic ca acum 40 de ani". Dar ceilalți doi nu puteau crede una ca asta. "Sigur sigur - a protestat mullahul - și am avut dovada acestui fapt chiar ieri. De când mă știu am avut un dulap mare și greu din stejar în dormitor. Cu 40 de ani în urmă am încercat să-l urnesc dar puteți crede vechii mei prieteni ce s-a întâmplat? Nu l-am putut urni. Ieri mi-a venit idea de a încerca iar să-l urnesc. Am încercat cu toate puterile mele dar iarîși am fost incapabil să o fac. Aceasta mi-a

Scanned with OKEN Scanner

dovedit în mod sigur un lucru: sunt tot atât de puternic ca acum 40 de ani" (N. Peseschkian 1986 p. 136).

Această poveste exprimă în mod simbolic tendința pacientului de a evita realitatea proprie și de a-și asuma convingeri nerealiste (se sacrifică pe el însuși unor convingeri nerealiste). Identificându-se cu personajul povestirii pacientul a încetat să mai utilizeze răspunsul stereotip încercând să-și descrie starea lui actuală într-un mod cu totul diferit.

Metafora vehiculată în poveste a avut rolul de a diminua rezistența pacientului la schimbare și de a-i oferi o nouă perspectivă în legătură cu problema sa. După cum spunea Malarewicz, "pacientul este, deci, singurul și principalul rival pe drumul ce duce spre schimbare" (Malarewicz, 1992, p. 13). În psihoterapie e foarte importantă schimbarea, chiar și într-o măsură mică, deoarece schimbările mici pot antrena schimbări mari.

Poveștile se pot utiliza în cadrul oricărei terapii, ca prescripție terapeutică sau ca temă pentru acasă. Pacientul poate avea sarcina de a se gândi la povestea spusă de terapeut sau de a scrie ce a înțeles din ea. Dar există și situații în care terapeutul nu face nici o prescripție directă, conștient fiind că povestirea a declanșat un anume proces ce va antrena schimbarea.

În povestirile cu final deschis pacientul trebuie să continue povestirea, având astfel posibilitatea să se proiecteze și, în același timp, să experimenteze cele mai bizare soluții.

Scanned with OKEN Scanner

Atâta timp cât într-o poveste se poate întâmpla orice, această tehnică plasează pacientul într-o situație creativă. Terapeutul poate folosi metafora în diferite momente ale terapiei, ea răspunzând unui scop mai mult sau mai puțin precis.

Exemple de metaforă *(după Malarewicz 1992 pp.75-77):*

a) ***metafora cererii*** *- presupune transformarea demersului pacientului într-o cerere de ajutor deoarece abordarea terapeutului nu reprezintă o cerere. Metafora utilizată ar fi: "Inteligența celui puternic constă adesea în a nu se teme să ceară ajutor celui slab". Această metaforă are ca scop înlăturarea rezistenței și implicarea pacientului în terapie.*

b) ***metafora învățării*** *- "se învață la orice vârstă". Redefinirea explicită a terapiei ca învățare o face mai puțin dramatică ("dacă îi dai cuiva un pește îl saturi o singură dată dacă îl înveți cum să pescuiască se poate sătura el singur oricând" - din înțelepciunea orientală în N. Peseschkian 1986 p. XIII).*

c) ***Metafora rezolvării simptomului*** *- soluția e mai ușor acceptată când ea îi este sugerată indirect metafora permițând și introducerea unor alternative dar care nu-i sunt formulate explicit. Metafora utilizată în acest caz ar fi "noaptea e un sfetnic bun"; mai devreme sau mai târziu pacientul va sesiza aceste alternative.*

d) ***metafora de responsabilizare a pacientului*** *- "Nu există locatar mai bun decât proprietarul casei".*

Scanned with OKEN Scanner

e) ***metafora aspectului pozitiv al simptomului*** - *"Între bine și rău nu există decât o eroare de apreciere și invers" iar pacientul a ales până acum din simptomul său aspectele mai puțin bune (prezentarea în manieră directă a beneficiilor pe care i le aduce simptomul ar trezi rezistențele pacientului fiind un factor inhibitor al creativității sale).*

f) ***metafora ce dă o dimensiune relațională simptomului*** - *"Totul este în relație cu ceilalți".*

g) ***metafora schimbării*** - *"Singurul lucru care nu variază este că schimbarea e inevitabilă".*

h) ***metafora sfârșitului terapiei*** - *"Totul are un sfârșit" pentru a preveni eventualele dificultăți determinate de întreruperea terapiei.*

Utilizarea metaforei și a povestirilor terapeutice nu rezolvă întotdeauna problema, dar prin contextul pe care-l creează și prin impactul pe care-l are asupra pacientului deschide drumul spre schimbare.

În procesul terapeutic, nu numai terapeutul este creator prin construirea demersului terapeutic, prin metodele și strategiile utilizate, ci și *pacientul devine creatorul propriilor soluții.*

Când în procesul terapeutic se utilizează metafora (sau povestirea terapeutică) ca strategie creativă, pacientul parcurge un **etapele unui proces terapeutic** care, raportat la stadializarea clasică a procesului creativ propusă de G. Wallas (1928), poate fi descris în felul următor:

a) În etapa de *pregătire* terapeutul prezintă pacientului povestirea metaforică, acesta din urmă aflându-se even-

Scanned with OKEN Scanner

tual sub hipnoză sau în relaxare, stări în care este mai sensibil la sugestii directe și indirecte, mecanismele de rezistență scad și creativitatea este dezinhibată, resursele sunt mai intens mobilizate. Această stare se prelungește și după ieșirea din transă, când se instalează o perioadă de sugestibilitate crescută.

De cele mai multe ori, pacientul nu percepe imediat analogiile ce pot exista între elementele povestirii și propria sa realitate. Când pacientul ascultă o poveste, el se arată sensibil la anumite aspecte ale acestui joc de cuvinte și simboluri, în mod diferit față de o altă persoană aflată în aceeași situație. Fiecare persoană surprinde aspecte și mesaje diferite ale povestirii, în funcție de problema sa, de canalele senzoriale activate de povestire, de experiența sa anterioară, de sensibilitatea și rezonanța sa afectivă, chiar dacă conținutul povestirii este același. În această etapă e posibil ca pacientul să-și conștientizeze problema (pentru că, de multe ori, problema cu care vine pacientul la terapie, ca acuzată de el, nu este cea reală), ceea ce duce la o restructurare a cadrului de referință.

Prezentîndu-l povestea, terapeutul poate să ceară pacientului să mediteze la ea până la ședința următoare, sau să nu facă nici o precizare în legătură cu povestea. Procesul de identificare a pacientului cu unul din personajele povestirii poate avea loc în timpul expunerii povestirii sau după ședința terapeutică, povestea având rolul de a incita pacientul la înțelegerea și interpretarea mesajului metaforic.

Scanned with OKEN Scanner

b) *Incubația*. În această etapă are loc o intensă activitate interioară, în care pacientul, pornind de la povestire și de la mesajul care crede el că e vehiculat de aceasta, realizează analogii între situațiile din poveste și propria sa realitate, descoperă noi asociații între aspectele celor două realități, mecanisme care duc la destructurări ale realității pacientului, deoarece implică procese alternative, parțial conștiente de transfer, comparații, proiecții, analogii între problema sa și situația problematică prezentă în metaforă, care pot să-i releve noi aspecte și noi perspective asupra realității anterioare. Am putea considera că procesul de "deconstrucție" a realității pacientului începe din această etapă, într-o formă oarecum timidă. Analogiile și asociațiile între aspectele celor două realități sunt în strânsă corelație cu flexibilitatea gândirii pacientului.

Prin proiectarea sa într-un viitor în care problema nu mai există, începe procesul de reconstrucție a realității sale în funcție de credințele și expectanțele generate de noua situație. Aceste expectanțe pozitive în legătură cu viitorul său apropiat au rolul de a mobiliza resursele fizice și psihice necesare unei adaptări la noua realitate.

Dacă alternativa de rezolvare nu este acceptată de pacient, atunci procesul de creație se reia fie din etapa de pregătire, prin găsirea unei noi interpretări și a unui nou mesaj în povestire, fie din faza de incubație, prin stabilirea de noi analogii și asociații. E posibil ca în etapa de iluminare să apară mai multe alternative de rezolvare a

Scanned with OKEN Scanner

problemei, în etapa de verificare realizându-se analiza lor, cu acceptarea uneia.

Metafora ca strategie creativă este o structură de mobilizare, stimulare a resurselor pacientului, o modalitate de a percepe o situație prin altă situație, într-o manieră creativă.

Psihoterapia de grup la bolnavii cu tulburări nevrotice

A. G. Nacu, M. Ravenco, M. Hotineanu, C. Țurcan, A.A. Nacu, Emilia Bosneaga

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "N.Testemițeanu" - Chișinău

Actualitatea studierii sărilor nevrotice este dictată de particularitățile etapei contemporane de dezvoltare a teoriei și practicii psihiatriei. Aceasta se caracterizează printr-o atenție deosebită față de stările limitrofe, care au primit o răspândire enormă în populație - de la 1,06% la 22,9%.

În afară de aceasta se consideră că în ultimele decenii are loc o metamorfoză clinică a stărilor nevrotice care se manifestă printr-un polimorfism simptomatic și o tendință de malignizare a evoluției și prognosticului. Aceasta duce la instabilitatea apartenenței nozologice a stărilor nevrotice și la dificultăți mari în tratamentul lor.

Cu toate acestea divergențele clinice se prezintă absolut neînsemnate, nu au o importanță atât de mare

Scanned with OKEN Scanner

comparativ cu spectrul teoriilor conceptuale ce încearcă să explice cauzele apariției stărilor nevrotice. Se are în vedere multitudinea teoriilor care aparțin direcțiilor psihanalitice, neopsihanalitice, existențiale, bihevioriste, socioculturale, fiziologice ș.a. Situația dată se răspîndește și asupra strategiei curative deoarece fiecare subdiviziune teoretică are anumite concepții terapeutice concerete cu argumentații clinice, psihologice, psihopatologice accentuînd eficacitatea varientei selectate fie psihoterapeutice, fie psihofarmacologice, fie combinate.

Necesitatea investigațiilor atît în direcțiile conceptual-teoretice cît și în domeniul aplicativ-practic se datorează lipsei unei teorii și practicii terapeutice ce ar putea aduce la eficacitate maximă a tratamentului și a măsurilor profilactice, mai ales că este vădită tendința de malignizare clinică a evoluției stărilor nevrotice.

Din aceste considerente cu scopul de a aprecia prioritatea uneia sau altei metode psihoterapeutice am studiat 300 de pacienți cu diferite stări nevrotiforme obsesiv-fobice, astenice, depresive, anxioase, isterice, ipohondrice, paranoide și o grupă de nevroze somatice.

La 150 pacienți a fost aplicată psihoterapia de grup cognitiv-comportamentală și la 150 cea hipnosugestivă.

Analiza meterialului ne-a permis să evidențiem o serie de factori predispozanți care u jucat un rol important în apariția stărilor nevrotice. La mulți din părinții bolnavilor studiați au fost constatate episoade nevrotice și alți factori nocivi care au predispus la apariția nevrozelor. Așa, pe

Scanned with OKEN Scanner

linia tatălui s-au depistat stări nevrotiforme (12,3%), psihopatice (3,13%), variante de dependență alcoolică (4,6%), afecțiuni organice, epilepsie (3,5%); pe linia mamei cu o frecvență mai ridicată se indică prezența stărilor nevrotice (20,6%), patologii mixte (4%).

În apariția și formarea nevrozelor un rol deosebit au avut și o serie de factori exogeni. Printre aceștia putem constata diferite boli epuizante (infecțioase, toxice) precum și factori declanșatori psihogeni și sociogeni ca insuccesele sexuale, stările de tensiune și satisfacții afective, neplăceri profesionale. Unii dintre acești factori au avut un caracter șocant alții acționau lent și îndelungat generînd stări nevrotice.

O importanță majoră în declanșarea și clinica stărilor nevrotice o au trăsăturile de caracter a personalității. La unii pacienți au avut loc alteri ale personalității de tip epileptoid, la alții siferite stigme de caracter cicloid (hipertimic, hipotimic), uneori erau prezente stări astenice sau psihastenice. În unele cazuri se evidențiau trăsături ale personalității de tip isteric. Mai rar se întîlneau elemente de accentuație de tip exploziv și paranoiac.

Tabloul clinic al stărilor nevrotice s-a caracterizat printr-un polimorfism sindromologic destul de mare. În majoritatea lor stările nevrotice reprezentate includeau manifestări anxioase, asteno-depresive, fobice atît ca sindroame de substrat cît și ca semnalmente secundare facltative.

Efectul psihoterapiei este definit întotdeauna de factori etiopatogenetice predispozanți (ereditate, particu-

Scanned with OKEN Scanner

larități ale personalității), de agresiuni exogene (traume, infecții, intoxicații) precum în mare măsură și de profesionalismul psihoterapeutului.

În timpul ședințelor de psihoterapie pacienții cu nevroze fobice au actualizat asociații cu diferite antecedente dezolante uneori din trecutul depărtat, generate de necesitatea includerii în situații neplăcute. Manifestările solicitau adesea atenția exagerată a anturajului microsocial, nevroticul reușind să evadeze din situații supărătoare. În cazul bolnavilor cărora li s-a aplicat psihoterapie cognitiv-comportamentală, analiza fobiilor a adus destul de repede la conștientizarea mecanismelor de apărare constructivă a "Eu-"lui care a cauzat apariția simptomaticii nevrotice. Situațiile specifice care favorizau evoluția fobiilor includeau necesitatea internă de a nu fi refuzați, neacceptați și lipsiți de atenție. În legătură cu acestea apăreau reacții emoționale negative cu agresie indreptate în interior, fapt care favoriza apariția dereglărilor psihopatologice. Reieșind din aceasta, psihoterapia cognitiv-comportamentală prevedea nu numai conștientizarea momentelor expuse dar și înțelegerea prejudiciilor aduse acestei personalități.

Analiza stărilor obsesive a constatat legătura lor cu situațiile de alegere și luare adeciziilor. Acestea subiectiv erau imposibile iar necesitatea primirii unei hotărîri aducea la căutarea variantelor de evadare din situații care cereau responsabilitate personală. Situații de acest fel apar ca urmare a blocării emoțiilor proprii și imposibilității de a le folosi în primirea deciziilor. Blocarea emoțiilor

Scanned with OKEN Scanner

negative se petrecea prin intermediul modificării atenției de la situații neconcrete, nedefinite la procese psihice ce apar necondiționat concentrînd în jurul său toate retrăirile transformîndu-le în activitate ce se manifestă prin obsesie. Obsesiile aveau caracter nespecific, ele apâreau indiferent de caracterul situației, uneori în cazuri "neutre". Pacienții inconștient preferau această ieșire din situație. Pe parcursul psihoterapiei cognitiv-comportamentale primirii deciziilor responsabile și a unei activități de sinestătătoare. Toate acestea duceau la reîntoarcerea spre valori caracteristice responsabilității.

Manifestările depresive se percepeau de bolnavi subiectiv prin prisma lipsei soluției situațiilor cu o senzație de blocaj ce ducea la frînarea activității de apărare. Pacienții se percepeau ca mărginiți în primirea deciziilor sau în situația lipsei alternativei și acceptarea soluției nedorite. Ei adesea invocau senzația de imposibilitate a schimbării situației ce ducea la neacceptarea propriei personalități. Psihoterapia cognitiv-comportamentală a pacienților cu manifestări depresive le-a permis să înțeleagă cauzele apariției simptomaticii nevrotice, să conștientizeze frica subiectivă față de anumite situații în care puteau fi plasați sau se găseau deja. "Eu"-ul real al personalității devenea subiectiv tot mai bine conturat, tot mai stabil și mai complet acceptat.

Simptomele astenice de la bun început se percepeau ca apărute în urma influenței factorilor externi, determinați de activiattea în diferite sfere care provoca frica

Scanned with OKEN Scanner

de a nu dovedi sau a nu corespunde cerințelor. Eforturile puse pentru a corespunde diferitelor posturi (părinte, lucrător, copil, partener ș.a.) îi impunea, pentru a face față "Eu"-lui ideal, să refuze la necesitățile, dorințele și emoțiile proprii. Acestea generînd instatisfacția desine, provoacă necesitatea de a depune din ce în ce mai multe eforturi. Pe parcursul psihoterapiei s-a reușit ca pacienții să conștientizeze cauza stării nevrotice corectînd comportamentul conform, impus din exterior și străin personalității.

Simptomatica nevrotică isterică a fost determinată de necorespunderea conținutului personalității cu ceea ce este reprezentat celor din jur. Dorința de afi percepuți de cei cum ei își imaginează, contribuie la un comportament care, după părerea subiectivă a pacienților, ar favoriza acceptarea lor de către cei din jur.Are loc atît neacceptarea propriului "Eu"cît și neacceptarea perceperii pe sine de către alții. Acestea conform logicii subiective a pacienților, trebuiau să manifeste un tip de reacție. Se cereau situații care duceau la apariția simptomaticii nevrotice de conversie prin manifestarea căreia personalitatea își atingea parțial țelul.

Reacțiile nevrotice anxioase apăreau în situații imprevizibile și neașteptate ca rezultat al fricii față de capacitățile sale, precum că nu vor face față cerințelor. E de menționat că pacienții reușeau să înțeleagă că frica este legată nu de viitor ca atare, dar de aceea, care va fi rolul lor în acest viitor. Reieșind din faptul că posibilitățile de prognozare sînt nemărginite, pacienții își imaginau rolul cu

Scanned with OKEN Scanner

consecințe problematice. Pe parcursul psihoterapiei s-a reușit constatarea că neacceptarea propriei personalități în viitoarele situații este dictată de neacceptarea personalității în prezent. Frica de prezent cauzează transferul atenției spre viitor și numai reîntoarcerea "Eu"-ului real în situația "aici și acum" permite nu numai să diminueze anxietatea dar și să ducă la încrederea în sine (emoții, gînduri, gesturi) și acceptarea "Eu"-ului în prezent.

Manifestările nevrotice ipohondriace au fost prezente în discuții, analiză și lucrul terapeutic. Aceasta semnalizează importanță acestora pentru pacienți și "gravitatea"lor subiectivă. Unii dintre pacienți au reușit să actualizeze momente care au fost prezente în debutul stării nevrotice ipohondriace. Acestea, după conținut, au fost asemînătoare reacțiilor de acest fel înainte de manifestarea stării nevrotice. Pe parcursul psihoterapiei se discutau cauzele negării manifestării sentimentelor pozitive, dragostei față de sine și a neacceptării unor activități care ar fi îndreptate direct spre satisfacția dorințelor proprii. Prezența unor astfel de manifestări emoțional-comportamentale se traia ca ceva nedemn, rușinos, inacceptabil. Pacienții încercau să opună o rezistența pe cît e posibil de dură acestora, rezufînd activități în "favoarea" sa. Experiența maladiilor reale (sai imaginile din trecut) a ajutat la selectarea variantei posibile de soluționare a conflictului dat. Prezența maladiei este pentru aceste persoane o ieșire "ideală din el și permite acestora (în viziunea lor proprie) să rîmî onești față de soecietate și

Scanned with OKEN Scanner

chiar "față de sine". În așa mod, "permisiunea oficială" ca fiind bolnavi să-și acorde atenția și grija necesară "Eu"-ului. După părerea subiecților, conștientizată pe parcursul psihoterapiei, numai prezența unei maladii le permitea să micșoreze intensitatea conflictului cauzat de necesitatea de a se iubi, de a se accepta.

În cursul psihoterapiei s-a încercat să se ajungă la conștientizarea legăturilor indisolubile dintre manifestările ipohondriace și starea psihică ca mai apoi să fie posibilă analiza cauzelor care au favorizat apariția manifestărilor nevrotice ipohondriace. Numai rezolvarea sarcinilor date permitea continuarea lucrului pentru reorientarea personalității de la fixația ipohondriacă care era un simbol subiectiv social acceptabil, o poziție de autoacceptare, dragoste față de sine și prin urmare și față de alții.

Nevrozele somatoforme prezentau dificultăți serioase pentru pacienți la înțelegerea cauzelor apariției lor. Aceasta impunea la etapa inițială necesitatea conștientizării mecanismelor patologice de dezvoltare a perturbațiilor somatice. Fără aceasta continuarea psihoterapiei cognitiv-comportamentale era lipsită de orice importanță. Pe parcursul psihoterapiei conștientizarea problemelor psihologice a ajutat la dezvăluirea mecanismelor de dezvoltare a menifestărilor somatice și a blocării emoționale precum și necesitatea cauterizării lor din psihic.

Ca urmare a mutitudinii manifestărilor clinice a nevrozelor la fiecare pacient s-au depistat mai multe conflicte intrapsihice care au cauzat o simptomatică concretă.

Scanned with OKEN Scanner

În calitate de conflict bazal a fost identificată acceptarea "Eu-ului real", a propriei personalități cu o imagine aderantă despre sine față de cei din jur și plasarea în "Eu"-ul ideal care era tot timpul în orice personalitate însă la pacienții examinați avea loc o divizare între și ideal, contopirea aceasta conducea la deformări serioase ale personalității, traduse și prin simptomatică nevrotică.

Cercetările au evidențiat prioritatea psihoterapiei de grup cognitiv-comportamentală. Aceasta contribuie la evidențierea conflictelor intrapsihice care favorizează apariția și declanșarea stărilor nevrotice. Pe parcursul ei are loc conștientizarea de către pacienți a conflictelor intrapsihice, a cauzelor apariției retrăirilor nevrotice și implicarea mai rapidă și mai eficace a bolnavilor în procesul de ameliorare a stării sale. Se constată reducerea esențială a dereglărilor psihopatologice cu un comportament adecvat care corespunde tendințelor personalității.

Pe cînd psihoterapia hipnosugestivă și psihofarmacoterapia influențează asupra simptomaticii nevrotice fără evidențierea activă a conflictelor intrapsihice și ca lege, favorizează cronicizarea stării nevrotice. Hipnosugestia și psihofarmacoterapia sînt acceptabile doar în cazul unor stări nevrotice acute și clinic pronunțate ca etapă de pregătire a pacienților pentru o terapie orientată spre înlăturarea cauzei nevrozei.

Scanned with OKEN Scanner

Strategii terapeutice în tulburările de panică

Ioana Micluția

Universitatea de Medicină și Farmacie Cluj-Napoca

Farmacologia anxietății cunoaște 3 perioade: era preclasică, în care erau abordate complicațiile tulburărilor anxioase; era clasică, viza tratarea AP; era postclasică, care abordează AP și consecințele lor. Este epoca introducerii unor noi clase de medicamente mai eficiente (ex. Clonazepam, Lorazepam, SSRI, RIMAO, Carbamazepina, ac. valproic).

În 1961 au fost lansate pe piață benzodiazepinele deschizând era tranchilizantelor minore care au înlocuit barbituricele. De peste 30 de ani 500 milioane de oameni au făcut uz de aceste medicamente, în vest 1,6-20% din populație.

Principii terapeutice:

Succesul în tratamentul farmacologic este consecința a 2 condiții:

1. diagnosticul corect și identificarea condițiilor morbide
2. disponibilitatea părților implicate și administrarea corectă a medicamentului specific (ANDREOLI, 1990).

Confruntați cu pacienți anxioși trebuie să reținem:

1. evitarea mecanismului stimul-răspuns, care ne determină să prescriem imediat anxiolitice, probabil răspunzând și expectanțelor pacienților

2. atunci când este posibil să luîm în calcul și terapia non-farmacologică, chiar dacă este mai laborioasă. Dacă prescriem totuși un anxiolitic, să nu uitîm și efectul său placebo. Acesta poate fi administrat în doze mici, timp limitat
3. păstrarea permanentă în minte a întregului șir de neajunsuri date de anxiolitice
4. urmărirea clinică și farmacologică în dinamică
5. folosirea unei scheme flexibile, individualizate
6. încadrarea nozologică precisă permite alegerea agentului terapeutic optim
7. eficiența placebo 50%
8. sunt eficiente doze de AD mai mici decât în tratamentul depresiilor
9. nivelul inițial și severitatea anxietăii sunt factori de predicție cu o valoare deosebită pentru terapie.

Dacă se acceptă farmacoterapia doar ca demers simptomatic, fiind necesară intervenția complementară a terapeutului, se poate afirma astăzi că anumite tulburări anxioase beneficiază de o farmacoterapie etiologică specifică, cu condiția ca aceasta să fie administrată în doze suficiente, un timp adecvat, într-o atmosferă de complianță prin contract terapeutic. Practica clinică a demonstrat că este optim a se utiliza monoterapie în combinație cu o tehnică comportamentală.

O atenție deosebită merită strategiile terapeutice propuse de KATSCHNIG (1994) în terapia simptomelor primare și secundare ale tulburărilor anxioase.

Scanned with OKEN Scanner

După cum s-a amintit în istoricul terapiei, decenii au fost abordate doar simptomele secundare, adică complicațiile. Prin introducerea conceptului de tulburare de panică, eforturile terapeuților s-au concentrat spre cuparea simptomului primar (înlăturarea atacului de panică); se presupune implicit că astfel se preîntâmpină apariția simptomelor secundare.

KATSCHNIG elaborează "modelul epilepsiei" în prevenția AP și "modelul anginei pectorale" în tratamentul atacului de panică manifest și propune strategii terapeutice pentru simptomele secundare. Modelul "epilepsie" (profilactic), o extrapolare a terapiei preventive a crizelor epileptice cu anticonvulsive, este prezent practic în toate strategiile psihoterapeutice.

Modelul este asociat psihanalizei clasice, terapiei comportamentale directe, indirecte, încercându-se "structurarea" fenomenelor psihopatologice ce sunt experimentate haotic.

Prin această strategie dispar nu numai AP, dar și cortegiul simptomelor secundare. Este incomod, tratamentul lung, crizele fiind rare.

Modelul "angină pectorală" este similar folosirii nitroglicerinei în debutul crizelor cardiace. Acest model folosește un agent farmacologic în debutul AP, agonist parțial BDZ ă R0 16-6028 Bretazenil, cu efect anxiolitic rapid. Scade intensitatea, frecvența AP, anxietatea anticipatorie, fenomenele agorafobice, depresia. Nu au apărut fenomene de dependență. Medicamentul blochează AP

Scanned with OKEN Scanner

prin mecanism biologic, preîntâmpină anxietatea anticipatorie, evitarea agorafobică, prin efect comportamental.

A avea un medicament eficient în buzunar reduce automat anxietatea anticipatorie.

Recomandarea autorului este: tratarea în criză a AP.

Alți autori nu relatează rezultate similare cu R0 16-6028.

- **Clonidina**, substanță alfa adrenergică, acționând asupra lui locus coeruleus are efecte pozitive anti AP.

Se susține probabila eficiență a inhibitorilor recaptării serotoniei în TP, citându-se fluoxetina; studiile nu sunt încă concludente.

Tulburarea de panică, agorafobia

Studii experimentale au dovedit eficacitatea certă a imipraminei, phenelzinei, alprazolamului în blocarea atacului de panică și a clomipraminei în destructurarea evitării fobice. Cazuistică mai restrânsă se referă la desipramină, trimipramină, amitriptilină, nortriptilină, maprotilină.

- **Imipramina** ă introdusă ca blocant selectiv și specific al atacului de panică în 1964 de KLEIN, este eficientă și în comportamentul evitant. Unii investigatori consideră efectele antipanice primare și cele antievitare secundare. Imipramina este medicamentul cel mai sistematic studiat în tratamentul AP și AF.

AP sunt blocate în doze mici de imipramină. Comportamentul evitant, anxietatea anticipatorie, sensibilitatea la situații fobice sunt influențate tardiv și în doze mari.

Scanned with OKEN Scanner

Se recomandă începerea cu doze foarte mici - 10mg. seara, cu creșterea lentă de 10 mg. până la atingerea dozei de 50 mg; teoretic 150-200 mg. sunt suficiente, unii bolnavi necesitând 300 mg. Doza medie este de 160mg/zi, doză apropiată și de doza eficientă în terapia antidepresivă la pacienții nongeriatrici.

Se recomandă menținerea dozei maxime 6 luni, apoi continuarea cu 1/2 timp de 1 an.

Efectul antipanic este independent de prezența depresiei. Acesta se instalează după
2-4 săptîmâni, devenind evident în timp mai lung.

Datorită sărăcirii simptomatice, anumite AP trec neobservate, dar se instalează un comportament evitant evident.

Se descrie la începutul terapiei cu imipramină un efect anxiogen paradoxal (amphetamin-like). Se recomandă adăugarea unei cantități minime de BDZ alături de AD, mărind complianța pacienților.

Dacă terapia cu imipramină succede unei tentative cu BDZ, simptomele de sevraj la întreruperea BDZ, pot fi atribuite eronat imipraminei. De aceea se recomandă o perioadă de "spălar" (washout) benzodiazepinic de 1-2 săptămâni.

Rata recăderilor este cuprinsă între 20-50%. Efecte similare imipraminei au fost studiate la desipramină, nortriptilină, amitriptilină (BALLENGER, 1987), maprotilină.

KATSCHNING (1994) subdivide populația cu atacuri de panică în:

Scanned with OKEN Scanner

- tip A - responderi la imipramină
- tip B - responderi la alprazolam.

• **Clomipramina**, considerată echivalentă sau superioară imipraminei prezintă avantajul instalării rapide a efectelor antipanice. Clomipramina și paroxetina au efecte similare.

Efectele secundare, instalarea mai tardivă a efectelor la ambele AD, posibilul efect anxiogen, fac ca această clasă să se bucure de o complianță scăzută din partea pacienților. Ea poate fi ameliorată prin explicarea francă a tuturor avantajelor și neajunsurilor.

• **IMAO** ă clasă din care menționîm Phenelzina cu efect antipanic, sigur, Iproniazidul, Isocarboxid-ul, Tranylcypromina cu efect posibil antipanic

Se adaugă și efecte medii antifobice.

IMAO sunt mai eficiente, rapide, în formele cu puține atacuri de panică, dar cu anxietate anticipatorie mare și cu comportamente evitante invalidante. Eficiența lor este apreciată a fi de 65-70%. Dozele sunt variabile ă mici 15 mg/zi până la mari 90 mg/zi. Tratamentul se începe treptat până la atingerea pragului terapeutic. Ameliorarea simptomelor apare după 3-8 săptîmâni.

Reținerea față de această formă de terapie se datorește: întârzierii instalării efectului terapeutic, insomniilor severe, hipertensiunii arteriale, scăderii libidoului la femei, intoxicațiilor acute în nerespectarea regimului alimentar sărac în tiramină, riscului suicidar în formele cu depresie (WEISSMAN, 1983), tablourilor psihotice cu trăsături paranoide, excitației hipomaniacale, similare celei amfetaminice.

Scanned with OKEN Scanner

În timp apare toleranță progresivă față de efectele antipanice (AP), antifobice. În lumina celor de mai sus reiese că: ADT (antidepresivele triciclice) sunt medicamentele preferate în tratarea tulburărilor panice; Phenelzine este a doua opțiune; RIMAO (IMAO reversibili) (Moclobemide) câștigă teren datorită eficienței și efectelor adverse reduse.

- **Inhibitori ai recaptării serotoninei**

Fluoxetina prezintă pe lângă efectele timoanaleptice și antiobsesionale și un efect antipanic cert.

Rezultate satisfăcătoare s-au obținut și cu Sertaline, Paroxetine, Fluvoxamine, Citalopram.

- **Benzodiazepine** ă clasă de medicamente în legătură cu care este larg răspândită concepția că ar fi eficiente în anxietatea anticipatorie și ineficiente în AP.

SHEEHAN (1984), raportează eficiența spectaculară a unui preparat triazolic ă ALPRAZOLAM în atacurile de panică.

În Worldwide Multicenter Upjohn Study ă BALLENGER, în 1988 raportează blocarea rapidă a AP și diminuarea anxietăii anticipatorii, cu efecte secundare și de sedare minime. Efecte pozitive s-au observat și în evitări fobice, refacerea integrării sociale. Efectul anxiolitic al BZD este indiscutabil, cu toate că eficacitatea lor descrește cu durata utilizării (efect combătut prin creșterea dozei). Sunt mai eficiente în formele severe și mai puțin eficiente în formele ușoare.

Scanned with OKEN Scanner

Doza recomandată este de 6-8 mg/zi, corespunzând cu 60-100 mg. diazepam). Se sugerează administrarea Alprazolamului la începutul terapiei, mărind complianța prin efectele prompte, odată cu adăugarea ADT sau IMAO, care acționează mai tardiv. După 15-30 de zile doza se reduce treptat, perioadă când încep să fie eficiente AD.

BALLENGER (1986), atrage atenția asupra recăderilor la sistarea Alprazolamului, sugerând această manevră când rezultatele sunt stabile, permanente. Sistarea s-a recomandat a se face gradual, cu 0,5mg/zi la 3-6 zile, timp de 2-4 luni, existând riscul fenomenelor de sevraj. Insomnia este parametrul tipic de sevraj la Alprazolam.

Sistarea terapiei

BALLENGER (1986) susține că efectele terapeutice încep să apară după 3 luni. Terapia continuă 6-12 luni în caz de răspuns favorabil.

Cum se sistează? Răspuns: în mod colaborativ între terapeut și pacient. Are loc o discuție deschisă despre riscuri și beneficii. La întreruperea terapiei pacientul poate fi asimptomatic sau poate prezenta recădere, fenomene de sevraj, rebound sau o combinare, ultimele patru reunindu-se sub termenii de fenomene de sistare. Păstrarea remediului a fost apreciată între 30-40%

Recădere - reapariția simptomelor dinaintea terapiei. Nu are vreo legătură cu tipul medicamentelor. Recăderea este invers proporțională cu refacerea inițială. Ea

poate apărea după4-8 săptîmâni la antidepresive, la o săptămână la BDZ.

Sevrajul - fenomen previzibil pentru specialiști, nu mai constituie un factor alarmant. Prezintă multe din simptomele atacurilor de panică, dar și specifice. În general apar în prima săptîmână de sistare, dispărând în a doua săptîmână. Afectează 30-90% din cazuri.

Rebound - constă în experimentarea unei simptomatologii mult mai intense ca înaintea instituirii tratamentului. Pacienții trăiesc cele mai intense atacuri de panică din viață.

Rebound-ul apare după sistarea rapidă ă în primele 2-4 zile. Este posibilă și combinarea simptomelor în prima săptîmână, mixtură simptomatologică ce se pretează la confuzii. Din experiența autorilor americani după prima săptîmână se atenuează fenomenele de sevraj, rebound, în a doua săptîmână dispar, iar peste trei săptîmâni este depîșită și perioada critică pentru recăderi.

Stăpânirea fenomenelor de sistare

- Recădere - Pacientul:

a) poate tolera simptomele fără terapie datorită câștigării încrederii în sine, refacerii stilului normal de viață

b) nu poate tolera simptomele recurgându-se la terapia anterioară sau la noi terapii.

Ambele ipostaze beneficiază de aportul terapiilor comportamentale și cognitive.

Scanned with OKEN Scanner

În sevraj cea mai dezirabilă măsură este preîntîmpinarea fenomenelor prin sistarea gradată a BDZ în 2-4 luni conform unei scheme prudente, flexibile, individualizate de scădere cu 1-1,5 mg/zi. Se avizează pacienții, soții asupra posibilelor fenomene din primele 4-7-10 zile. Medicul este prezent pentru ajustarea terapiei, explicarea simptomelor. BALLENGER recurge la Clonazepam 1 doză/zi, Carbamazepină pentru simptome intense. Factori nonfarmacologici ce afectează sistarea: tulburări de personalitate (pasiv-agresivă, dependentă, nevrotică), istoric de abuz de alcool, sexul feminin, nivel scăzut de cultură-educație.

Varietatea metodelor terapeutice în anxioliză, precum și nuanțele diagnostice pun terapeuților numeroase probleme. Considerîm necesare enunțarea câtorva linii directoare:

- Prezența atacurilor de panică în istoria pacienților cu comportament evitant, fobii sociale, hipocondrii, a fost recunoscută de KLEIN ca fundamentală în diagnostic, alegerea tratamentului medicamentos, monitorizarea terapeutică.
- Tulburările de panică răspund mai bine la tratament farmacologic când instalarea este recentă. Intervenția terapeutică timpurie preîntâmpină evoluția spre sindroame complicate, cu mod de viață restrictiv.

Scanned with OKEN Scanner

- Pacienții cu comportament fobic evitant cu atacuri de panică în trecut răspund pozitiv la farmacoterapie, chiar la doze mai mari.
- Evitarea fobică, secundară AP, răspunde la același antidepresiv.
- Criteriu de bază în alegerea terapiei este prezența sau absența AP.
- Anxioliticele recente, potente, neacționând asupra receptorilor BDZ, se dovedesc superioare chiar în blocarea AP.
- La pacienții cu istoric de adicție la BDZ, la alcool, este recomandabil să ne abținem în aplicarea terapiei cu BDZ.

Scanned with OKEN Scanner

Stresul și imaginea de sine în odontologie Semnificația soluțiilor hidroelectrolitice antiseptice cu extracte obținute din plante

I.Coman, Magda Luchian,*
*Manuela Paraschiv**, P.Boișteanu***
Spitalul Universitar de Psihiatrie "SOCOLA" Iași

Psihiatria, ca disciplină medicală, integrativă în complexitatea ei biologică, psihologică și socio-culturală, percepe cu promptitudine semnificația unor perturbări funcționale sau somatice la nivelul organismului, inclusiv ale cavității bucale, asupra psihismului.

Este cunoscut rolul important al aspectului fizionomic în dezvoltarea personalității, existența unor malformații precum și a unor tulburări somatice sau paradontopatice ce induc apariția unor mirosuri neplăcute putând declanșa adevărate "furtuni" psihogene de intensitate diferită - de la cea nevrotică până la decompensările psihotice, astfel perturbându-se dezvoltarea normală a structurilor de personalitate.

Din aceste considerente lucrarea constituie o încercare de a preciza complexa problematică a stresului psihic, a ecourilor sale la nivelul psihicului aparent normal precum și relația sa cu imaginea de sine în cazul copiilor și

adulților cu parodontopatii marginale, afecțiuni renale sau hepatice, relație mediată, sau mai corect spus, determinată de o substanță medicamentoasă deosebit de activă față de microorganismele (bacterii, levuri, virusuri bacteriene (bacteriofagi)) existente la nivelul cavității bucale, indiferent de afinitățile tinctoriale și forma lor de existență. Agenții stresori psihogeni de tipul mirosurilor neplăcute, prin caracterul lor repetitiv și persistent, au capacitatea de a produce organismului o reacție de stress, în absența unor agresiuni fizico-chimice sau biologice, putând influența astfel percepția imaginii corporale ca element determinant al personalității umane.

De fapt, stresul psihic, reprezintă o rezultantă a conflictelor personale sau sociale ale individului, care nu-și găsesc soluția, sau altfel spus, reprezintă: o stare de tensiune, încordare și disconfort determinată de agenți afectogeni cu semnificație negativă, de frustrare sau reprimarea unor stări de motivație, de tipul trebuințelor, dorințelor sau aspirațiilor, și de dificultatea sau imposibilitatea rezolvării unor probleme.

Dar din fericire, noi nu asistîm la o uniformitate de recții comportamentale sau de schimburi intempestive ale imaginii de sine, deoarece agenții stresori inductori ai stresului psihic, nu au o acțiune declanșatoare implacabilă la orice individ, potențialitatea lor de inducere a stresului

Scanned with OKEN Scanner

psihic fiind validată numai de semnificația de amenințare, prejudiciu și nocivitatea în general, pe care le-o oferă subiectul agresionat.

De asemenea, unul și același agent stresor psihic, în cercetarea noastră reprezentat de caracterul neplăcut al respirației poate determina un set de tulburări - de la apariția senzației de disconfort și anxietate până la complexul de inferioritate, datorită "dispoziției de moment" cât și semnificației diferite ce i se conferă în momentele respective.

Largul palier al tulburărilor de percepție a imaginii de sine produse de acțiunea factorului stresant psihogen este determinant și de structura personalității subiectului, aceasta constituindu-se prin experiență și evaluări succesive, prin raportarea la indivizi, grup, norme și valori. Construirea și consolidarea imaginii de sine, presupune pe lângă identificarea propriei identități și căutarea conștientă sau inconștientă a unui model, proces în care deseori ne simțim "frustrați" de descoperirea unor disfuncționsalități reale sau imaginare. Are loc o polarizare spre ajustarea sau mascarea acestor disfuncționalități - în situația noastră - mirosurile neplăcute din cavitatea bucală - persistența și interpretarea frustrantă a acestei afecțiuni putând constitui punctul de plecare în structurarea sentimentului de inferioritate adlerian, perceput ulterior drept un "complex al urâțeniei".

Scanned with OKEN Scanner

Sentimentul de frustrare și ulterior complexul de inferioritate poate induce modificări caracteristice, persistente, cu tendință la cronicizare.

Astfel apare prin compensație agresivitatea în limbaj și apoi în acțiuni, represiunea, regresiunea și refularea, agravarea și persistența acestora fiind favorizată, benefic sau negativ, de particularitățile specifice fiecărui individ: sex, vârstă, profesie, cultură.

Toate aceste particularități antropoculturale și ambientale construiesc propria percepție, reală sau patologică a imaginii de sine, relația ei cu disfuncționalitățile somatice fiind precizată și cercetată și în practica clinică.

Cercetarea noastră interdisciplinară desfășurată pe o durată limitată de timp, a cuprins un număr semnificativ de subiecți (55) de sexe, vârstă, profesie și grad de cultură diferite, comună fiind prezența simptomatologiei nevrotice acompaniate de anxietate, sentimente de inferioritate și ca rezultantă a acestora, tendința de izolare socială, alături de prezența și persistența mirosurilor neplăcute ale cavității bucale, consecință a unor parodontopatii marginale sau a unor tulburări psiho-somatice cu predominența fenomenelor gastro-intestinale sau relale.

Diagnosticul clinic, care a constituit criteriul de selecție a pacienților din lotul de cercetare, a fost precizat prin exami-

Scanned with OKEN Scanner

nări stomatologice și de medicină internă, intensitatea tulburărilor psihice fiind cuantificată prin testări psihometrice. Concomitent cu monitorizarea lotului prin tehnica psihoterapeutică Schultz s-a administrat timp de 28 de zile, de 3 ori pe zi după mesele principale câte 3 ml de soluție antiseptică pentru igienizarea cavității bucale. Apa de gură dezinfectantă cu extracte obținute din plante reprezintă o soluție hidroalcoolică antiseptică, cantitatea de alcool absolut de sub 6g% permițând folosirea ei și de către copii și persoane cu afecțiuni hepatice sau renale, a fost realizată după o formulă medicamentoasă originală, care anterior brevetării, a fost testată și avizată favorabil de Facultatea de Stomatologie a Universității de Medicină și Farmacie "Gr.T.Popa" Iași.

Substanța medicamentoasă folosită are un remarcabil efect distructiv față de o gamă largă de microorganisme, de la germeni gram negativi nesporulați (Staphylococcus aureus - Oxford, Streptococcus faecalis) și sporulați (Bacillus cereus) gram negativi (Escherichia coli, Salmonella, Klebsiella, Proteus) levuri (Candida albicans) până la virusuri bacteriene (Praga, 500, O_{28} și E); la concentrații foarte mici ale ingredientelor folosite, datorită efectului lor sinergic, care le asigură potențarea reciprocă. Ingredientele folosite sunt în esență extracte vegetale, formula medicamentoasă rezultată având o acțiune benefică în

Scanned with OKEN Scanner

profilaxia afecțiunilor cavității bucale, indiferent dacă acestea interesează țesuturile moi sau dure.

Investigația psihologică inițială și reiterarea ei în ziua 7 - 14 - 21 și 28 a constat în conversație cu terapeutul și în aplicarea unui set de cinci teste și anume:

1. **matricele progresive standard - MP (S)**

Acestea, în esență, se folosesc pentru determinarea cantitativă, și, în oarecare măsură, calitativă, a inteligenței unui subiect și implicit a capacității generale de integrare a relațiilor.

2. **chestionarul P.A. (personalități accentuate)**

Are specificitate clinică psihiatrică corelându-se satisfăcător cu alte metode de investigație psihologică și oferă informații asupra unor dominante ale trăsăturilor de personalitate, normale, premorbide sau morbide.

3. **chestionarul D.A.N.** urmărește evaluarea prezenței și intensității factorilor depresie (D), anxietate (A) și neurovegetativitate (N) în cadrul simptomelor nevrotice în special și psihopatologice în general. Subiecții răspund asumându-și evaluarea propriei stări psihosomatice cu posibilitatea de a reaminti și, într-un fel, de a sistematiza unele simptome, semnificative pentru ei. Scala de sinceritate este maximă, nemaiîntâlnindu-se trucaje simulative sau disimulative.

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

4. Chestionarul Eysenck

S-a urmărit evidențierea factorilor nevrozism (N) și emotivitate (E) relevanți pentru tendințele intro- și extrovertite și orientativi privind echilibrul, instabilitatea sau nevrotismul fenomenelor psihice. Acest chestionar se pretează adecvat în sintonie cu ultimile referințe privind psihosomatica modernă.

5. Testul asociativ-verbal, forma dezvoltată (A.V.F.D.)

Test proiectiv, cu destinații multiple în investigarea trăsăturilor și tendințelor personalității, având două variante:

- Testul MSCT (Michigan Sentence Competition Test) cu cinci categorii de evaluare
- Testul Bonnet - folosit în cercetarea noastră, are cinci grupe de interpretare:
  - familia, copilăria, școlarizarea;
  - profesia și raportarea la Eu;
  - starea de sănătate;
  - relațiile intra și interpersonale;
  - tendințe nestructurate.

S-a urmărit depistarea formelor particulare ale dezadaptării ambientale prin depistarea unor simptome nevrotiforme, cu rol relevant în evidențierea unor complexe ideo-

erotice, altfel dificil decelabile la interviul clinic psihiatric, dar care pot reprezenta geneza disonanțelor existențiale.

În perioada cercetării în afara celor cinci testări psihologice complete care au urmărit în dinamică evoluția simptomatologiei și implicit a relației stres-imagine de sine. lotul a fost monitorizat zilnic prin aplicarea tehnicii psihoterapeutice Schultz și administrarea de 3 ori pe zi/ după mesele principale a 3 ml soluție de gură hidroalcoolică antiseptică și dezodorizantă cu extracte vegetale.

În 7 cazuri s-au administrat discontinuu hipnotice pentru corectarea tulburărilor hipnice.

Examenele stomatologice efectuate la începutul și la încheierea cercetării au relevat o reducere până la ameliorare a proceselor degradative caracteristice parodontopatiilor marginale.

Nu s-au constatat reacții alergice sau alte fenomene secundare, valorile TA rîmânând constante pe toată perioada cercetării.

Analiza comparativă, în dinamică a scorurilor obținute la testările psihometrice ca și evaluarea cantitativă și clinică a simptomatologiei, relevă o tendință netă de ameliorare cu îmbunătățirea evidentă a percepției imaginii de sine, datorată diminuării până la dispariție a acțiunii agentului stresor psihogen - în studiul nostru reprezentat de conștientizarea mirosului neplăcut al cavității bucale determinat

Scanned with OKEN Scanner

de existența unor procese degradative locale sau afecțiuni somatice asociate. Considerîm că această reactivitate, deseori disproporțională în raport cu factorul declanșator, care prin intensitatea sa poate cuprinde o paletă largă, de la simple reacții anxioase și până la modificarea structurală și persistentă a imaginii de sine, reprezintă o modalitate de apărare, de răspuns a organismului la acțiunea factorilor stresanți psihogeni, reactivitate caracterizată prin trei aspecte fundamentale:

- existența unui strâns raport temporal între o circumstanță declanșatoare și cauza sa;
- între conținutul stării reacționale și motivația declanșatoare, întotdeauna există o relație comprehensibilă;
- dispariția factorului declanșator și de întreținerea duce la încetarea stării reacționale.

Coroborarea datelor din literatura de specialitate și prin aceasta psihiatria își afirmă din nou caracterul de specialitate medicală interdisciplinară - cu rezultatele cercetării noastre permite enunțarea următoarelor aprecieri concluzive:

Personalitatea, prin trăsăturile genotipice de natură predominant biologică (temperament, reactivitate emoțională și neuro-endocrino-humorală) aflată într-o continuă dezvoltare și adaptare la realitatea psiho-socială, reacționează, la agresiunile plurifactoriale negative prin apariția unor

Scanned with OKEN Scanner

reacții psihopatologice, cu perturbarea ideo-afectivă a percepției realității, inducând astfel modificarea imaginii de sine. Necesitatea intensificării măsurilor de profilaxie a afecțiunilor cavității bucale ca și a unor suferințe somatice, profilaxia reprezentând o alternativă mult mai sigură și eficientă decât intervențiile terapeutice ulterioare. Eficiența scăzută a produselor folosite în igienizarea cavității bucale - paste sau geluri pentru dinți - care nu asigură distrugerea microorganismelor implicate în patologia cavității bucale, mai ales în formarea plăcii și a calculilor dentari, necesită extinderea cercetărilor pentru obținerea unor soluții antiseptice sau geluri, cu acțiune antimicrobiană și de consolidare a structurilor anatomice.

Deși pe plan mondial, există produse eficiente în profilaxia afecțiunilor bucale precum: TRICLOSAN, CITRAT DE ZINC, soluție 1% de CHLORHEXIDINă, Apa de gură antiseptică cu detergenți cationici, ca și apa magnetică pentru irigări orale de rutină, prețurile acestora, deocamdată prohibitive pentru majoritatea populației, nu permit o profilaxie în masă. Rezultatele obținute în cadrul cercetării noastre, care completează indicațiile majore de utilizare a apei de gură hidroalcoolică antiseptică și dezodorizantă cu extracte vegetale în prevenția afecțiunilor cavității bucale, recomandă folosirea curentă a acesteia, atât datorită calităților terapeutice puternic antimicrobiene cât și lipsei efec-

Scanned with OKEN Scanner

telor secundare, de tipul toxicității, efectelor cancerigene sau mutagene și a stărilor alergice, cât și datorită relației cost-eficiență, ce permite folosirea acesteia pe scară largă, în profilaxia populațională a afecțiunilor odontologice.

Problematica stresului se impune ca un apanaj al societății aflate în tranziție spre modernitate și civilizație, găsirea unui tratament universal valabil reprezentând în opinia noastră o utopie, mult mai eficientă fiind instituirea unei conduite antistres individualizate, în acest sens un rol determinant deținându-l acțiunile de profilaxie instituite la recomandarea și/sau sub directa îndrumare a medicului practician. Evitarea acțiunii agenților stresori psihogeni prin crearea unui nivel optimal de instrucție și educație cu instituirea unor măsuri de profilaxie primară constituie premizele șiu condițiile de realizare a acțiunilor de apărare și promovare a sănătății.

Scanned with OKEN Scanner

Importanța configurației psihologice și a factorilor sociali în tentativele autolitice

Andreea Silvana Szalontay, Irina Bălăuță, Carmen Grigorovici

Spitalul universitar de psihiatrie "Socola" Iași

OBIECTIV :

Autorii lucrării de față și-au propus să lanseze un semnal pentru creșterea interesului față de persoanele expuse riscului suicidar , insistând asupra aspectelor terapeutice și de profilaxie a deznodîmântului nefavorabil

Tentativa autolitică survine într-un moment de criză existențială în contextul unor perturbări instinctive și emoționale de personalitate, dar și în sfera largă a normalității . Statisticile americane recente demonstrează că femeile prezintă tentative autolitice de 3 ori mai frecvent decât bărbații , în timp ce aceștia din urmă comit suicid de 3 ori mai frecvent decât femeile.Indivizii fără ocupație, necăsătoriți , divorțați sau văduvi și de rasă albă sunt mai expuși riscului comparativ cu alte categorii de populație(4)

Majoritatea sinuciderilor (70-98%) sunt comise de indivizi cu afecțiuni majore psihiatrice. Depresia este afecțiunea cel mai frecvent asociată suicidului -65% din indivizii care comit suicid au avut sau au diagnosticată o anumită formă de depresie .

Scanned with OKEN Scanner

Alcoolismul este de asemenea asociat unui risc crescut de comportament autoagresiv -25% din persoanele care comit suicid au un diagnostic primar de alcoolism .
Schizofrenia, deși mai puțin frecvent decât depresia și alcoolismul, este asociată cu predispoziția la autoliză (4)

Riscul suicidar după RINGEL și KIELHOLZ poate fi estimat în funcție de indicii oferiți de bolnavi și de boală precum și de indicii oferiți de mediu :

Indici oferiți de bolnavi:

există suicid în familie sau în mediul de viață
tentativă anterioară de suicid
modul în care se descrie eventualul suicid
vise autodistructive , catastrofale
refuzul bolnavului de a discuta despre eventualul suicid

Indici oferiți de boală:

perioada de debut /sfârșit a fazelor depresive
anxietatea cu agitație
rigiditate afectivă și agresivitate
sentimente grave de autoacuzare și inutilitate
crize biologice
insomnie de lungă durată
boli somatice cronice incurabile
alcoolism , toxicomanii

Indici oferiți de mediu :

dizarmonie familială în timpul copilăriei
pierderea contactului interuman (izolare , decepție)
lipsa unei activități sistematice

Scanned with OKEN Scanner

Rezultatele obținute în cercetarea biochimică a suicidului au adăugat în ultimii ani aspecte importante în psihofarmacoterapia comportamentului autolitic .

Rezultatele patologice la testul de supresie cu dexametazonă arată o concentrație scăzută a acidului 5-hidroxiindolacetic (metabolit de serotonină), care poate fi considerat unul din parametrii biochimici ce indică riscul crescut de suicid .

Mecanismele colinergice și catecolaminergice par să fie implicate în inducerea agresivității pe când sistemul serotoninergic și acidul gama-aminobutiric (GABA)pare să inhibe acest tip de comportament .

Agresiunea afectivă este modulată evident prin intermediul sistemelor catecolaminergic și serotoninergic .

Dopamina pare să faciliteze agresivitatea, pe când norepinefrina și serotonina o inhibă .

METODĂ

Studiul expune rezultatele cercetării efectuate asupra unui număr de 20 pacienți internați în Spitalul Universitar de Psihiatrie "Socola" Iași, într-o perioadă de 18 luni (1.01.1996-1.08.1997). Din cei 20 pacienți, 12 se aflau la prima internare într-o clinică psihiatrică, iar 8 la două sau mai multe (maxim fiind un număr de 14 internări la o pacientă cu psihoză hipertimică monopolară cu tentative autolitice în antecedente) .

Studiul lotului de pacienți a dus la următoarele rezultate:

Scanned with OKEN Scanner

VÂRSTĂ (ani)					SEX		STARE CIVILĂ				MEDIU	
11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	M	F	necăs.	divort	văduv	căsăt	urban	rural
9	3	2	2	4	16	11	3	1	5	15	5	

STUDII		OCUPAȚIE		
Medii	Superioare	Fără ocupație	Salariat elev /student	Pensionar / ajutor social
18	2	8	7	5

Din tabele se observă că datele noastre confirmă și la scară redusă rezultatele statistice publicate în literatura de specialitate cu privire la factorii de risc de tip demografic care duc la apariția unei tentative autolitice sau a suicidului .

Lotul de pacienți a fost investigat sub aspect biochimic, electroencefalografic și psihologic . Analiza electroencefalografiilor arată 17 trasee spontane în limite normale și 3 trasee cu ritm dominant amplu și ascuțit .

Examenul psihologic evidențiază 3 tipuri mari de configurații în cadrul lotului de pacienți :

Configurație depresivă (15 pacienți)

depresiv- nevrotică (3)

depresivă cu paroxisme anxioase (3)

depresiv - anxioasă (4)

depresiv - reactivă (3)

depresivă cu manifestări impulsiv reactive (2)

Tendințe impulsiv -epileptoide (2 pacienți)

Personalitate ciclotimă (3 pacienți)

Scanned with OKEN Scanner

Un număr de pacienți au prezentat antecedente semnificative: traumatism cranio-cerebral comoțional (4 pacienți); traumatisme cranio-cerebrale frecvente (1); spasmofilie (1); părinte în evidența Spitalului "Socola" (1).

Orice program terapeutic trebuie să țină cont în primul rând de riscul suicidului acut și să depisteze tulburarea psihică .

Evaluarea stării psihice prin interviul psihiatric și aplicarea testelor psihologice (Scala Hamilton pentru Depresie și cea pentru Anxietate; Testul PA – personalitate accentuată; Testul VA - verbal-asociativ) a fost un prim pas în programul terapeutic. Încă din acest moment s-a încercat stabilirea unei relații de încredere între pacient și echipa terapeutică (psihiatru - psiholog - asistentă medicală - infirmieră), precum și antrenarea familiei .Suicidul acut constituie o indicație pentru aplicarea imediată a psihofarmacoterapiei pe fondul unei îngrijiri generale de susținere biologică , în funcție de categoria diagnostică și întărită de psihoterapie .

Intoxicațiile acute au impus amânarea măsurilor farmacologice dar susținere psihoterapeutică fermă.

Sedarea simptomatică s-a obținut utilizând: benzodiazepine - Diazepam 10-20 mg oral sau im. la 6-8 ore neuroleptice sedative - Levomepromazin 50-100 mg oral sau im. Medicația antidepresivă prescrisă a fost: Amitriptilin în doze progresive până la 100-125 mg per os Doxepin 50-100 mg /zi im. sau per os Fluoxetină (Prozac) 20 mg /zi doză unică, dimineața, la care s-au obținut

Scanned with OKEN Scanner

rezultatele cele mai bune pe fondul structurii ciclotime de personalitate, la tinere. Utilizarea Fluoxetinei a dus în toate cazurile la creșterea inițială a anxietății (zilele 3-7), impunând asocierea anxioliticelor de tip Oxazepam , Meprobamat sau a unui antidepresiv sedativ (Doxepin) .Asocierea unui antidepresiv (Doxepin, Amitriptilină) cu o benzodiazepină tranchilizantă a dus la rezultatele cele mai bune, scurtând perioada de spitalizare dar impunând un tratament semi-ambulator și ambulator minuțios urmărit,cu posibilitatea contactelor urgente .

Tratamentului medicamentos sedativ s-au asociat:
antiepileptice (Fenitoin, Fenobarbital, Taver);
antiparkinsoniene (Romparkin) ; tranchilizante și hipnotice (Meprobamat , Bromoval)

În funcție de cauzele care au declanșat reacția autolitică s-au aplicat concomitent psihoterapie de susținere; psihoterapie comportamentală; psihoterapia familiei. Semnalîm imposibilitatea aplicării metodelor de psihoterapie individuală și a familiei (prin refuzul acesteia) la o pacientă cu deficit senzorial (surdomutitate), fapt ce a îngreunat evoluția favorabilă, mărind totodată riscul reiterării actului autolitic .

Numărul de zile de spitalizare a variat între 1zi și 34 zile, cu o medie de 13.45 zile.

Scanned with OKEN Scanner

COMENTARII ȘI CONCLUZII

În lotul studiat se remarcă faptul că pacienții sunt în majoritate tineri, cu limite de vârstă 16-56 ani, cu o medie de 30.9 ani, predominând net sexul feminin (80%). Din evaluarea psihologică a pacienților remarcăm faptul că 75% dintre aceștia aparțin configurației depresive.

Ca mediu de proveniență, 75% din pacienți sunt din urban, fapt ce atenționează asupra factorilor predispozanți care sunt mai numeroși și acționează cu o mai mare intensitate în mediul urban unde ritmul de viață este mai alert, depășind uneori capacitatea de adaptare individuală.

Nivelul de școlarizare, care nu în toate cazurile este în concordanță cu nivelul (capacitate) intelectual (confirmat prin OI) nu influiențează semnificativ riscul de apariție al acestor reacții.

După starea civilă , 75% dintre pacienți sunt fără partener (necăsătoriți, divorțați sau văduvi) și doar 25% (respectiv 5 pacienți) sunt căsătoriți, dar în cadrul familiei au relații încordate cu partenerul.

Gradul de integrare ocupațională a pacienților din lotul luat în studiu este scăzut,f apt ce a determinat într-o primă etapă (de câteva luni) o mobilizare și o motivare a persoanei în a căuta să-și rezolve în mod favorabil angajarea în activități remunerate, dar care apoi prin epuizarea energiilor și indiferența anturajului să ducă la o reacție de abandon, cu apariția sentimentelor de neputință și inutilitate, ce au condus implicit la acțiunea autolitică.

Scanned with OKEN Scanner

În lotul studiat, principalele cauze care au dus la apariția reacției autolitice au fost:

- dificultățile materiale, cu lipsa speranței de îmbunătățire a situației într-un viitor apropiat;
- lipsa suportului social cu degradarea relațiilor în cadrul familiei (partener, copii, părinți) și a anturajului imediat (prieteni, colegi de muncă);
- modelul comportamental preluat nu atât din familie și anturaj imediat, ci din mass-media (ziare,TV) a fost semnificativ într-un număr scăzut de cazuri;
- debutul stărilor depresive reprezintă un factor de risc major în apariția comportamentului autolitic, aceasta fiind configurată în 18 din cele 20 cazuri urmărite (90%)

Explorările biochimice au relevat un procent impresionant de anemii carențiale care au agravat evoluția stării depresive și au îngreunat ulterior rezolvarea terapeutică. În lotul investigat pacienții nu au avut o încărcătură somatică semnificativă .

Cu toate măsurile aplicate, considerîm că riscul repetării actului autolitic rîmâne crescut, atâta vreme cât mentalitatea că a te adresa medicului psihiatru este o rușine etichetând social persoana ca "nebun", cât posibilitățile de integrare în activități productive remunerate și implicit posibilitățile materiale ale unui trai decent la toate grupele de vârstă sunt foarte reduse; cât programele guvernamentale și neguvernamentale pentru asistența grupurilor defavorizate (șomeri, divorțați, persoane inva-

Scanned with OKEN Scanner

lide, vârstnici) sunt extrem de reduse; cât costul medicamentelor rămâne exagerat față de posibilitățile materiale.

Pe acest fond, efectuarea actului autolitic constituie la momentul respectiv o unică soluție, disperată, în rezolvarea tuturor conflictelor și problemelor.

Psihoterapia de grup în nevroza isterică

Gh. Cărăușu, N. Oprea
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
"N.Testemițeanu" - Chișinău

Studiul catamnestic al nevrozei isterice arată că în majoritatea cazurilor ea are o evoluție nefavorabilă, condiționată de acțiunea factorilor determinanți (situații psihotraumatizante) predispozanți (particularități premorbide) și favorizanți (boli somatice, deficiența organică cerebrală etc).

De aceea în tratamentul nevrozei isterice trebuie folosit un mod de abordare complex, însumînd parametri atît clinic (sindrom, particularități de evoluție), fiziologici (particularitățile "terenului") cît și de ordin psihologic particularitățile personalității, specificul situației psihotraumatizante, gradul ei de rezolvare obiectivă și subiectivă).

În observațiile noastre, metodele psihoterapeutice au fost orientate către îndepărtarea sau atenuarea simptomatologiei de bază. Rezultate semnificative au fost obținute prin utilizarea psihoterapiei de grup.

Scanned with OKEN Scanner

În cadrul psihoterappiei de grup s-a realizat un înalt potențial terapeutic. Inițial s-a efectuat o bună selecție a pacienților impunîndu-se unele condiții prealabile ca: limbaj comun, motivație pentru această formă de terapie, metode care să ofere accesul la inconștient, relația terapeutică să fie pe bază emoțională și să permită exprimarea tuturor membrilor grupului.

Grupurile niastre funcționau ca întreg, bazîndu-se esențial pe comunicare. Toți pacienții au fost examinați psihic personal de către medic pentru o informare asupra grupului format. S-au folosit grupuri închise unde pacienții începeau în același moment psihoterapia și o continuau împreună pînă la încheiere; pe parcurs nu mai era primit nici un pacient; cu o durată a ședințelor de 90'. Dacă la început comunicarea membrilor grupului era inhibată, ulterior, sub îndrumarea noastră ea se transforma în conversație liberă. ținem să remarcăm că nu toți membrii grupului participau activ la discuții. În momentele de tăcere anxioasă, unul din membrii grupului iniția converația care era încărcată de sensuri care aduc informații utile asupra stării psihice a pacienților. de aceea, re regulă, nu întrerupem tăcerea. Numai în unele cazuri am adoptat o atitudine de stimulare și încurajare. și peste cîteva ședințe toți participau activ la dezbaterea fiecăruia dintre ei. Acțiunile și interacțiunile membrilor grupului se studiau prin analiză și interpretare.

Grupului nu i se propunea nici un fel de temă. Pacienții propuneau subiectele singuri avînd surpriza să

Scanned with OKEN Scanner

constate că se află într-un mediu care îi ajută să-ți formuleze mai clar punctele vulnerabile.

Mulți pacienți recunoșteau că în grup el nu este singurul cu probleme emoționale. Deseori unii membri căutau să le vină în ajutor.

În cadrul ședințelor pacienții jucau diferite roluri față de ei înșiși, roluri apropiate de cel din viața reală.

Trebuie de menținut faptul că în afară de bolnavi isterici în aceste grupuri erau incluși și subiecți cu alte forme de nevroze.

Prin interrelații pacienții se informau despre faptul cum anume reacțiile lor emoționale sînt percептute de cei din jur. În cadrul discuțiilor, ca bază a psihoterapiei în grup, problele prezentate de unii pacienți s-au corelat cu cele ale celorlalți membri ai grupului. Rezultatele bune de care beneficiau membrii grupului s-au datorat anume acestei comunicări și pe faptul că grupul funcționa ca întreg.

S-a folosit, de asemenea, psihodrama, scene jucate de bolnavi și terapeuți, iar toate tensiunile și conflictele apărute au fost discutate, astfel grupul s-a acceptat ca atare.

Pacienții isterici aveau permanent ceva de comunicat, indiferent de tema aflată în discuție. Ei exercitau un efect inhibitor asupra celorlalți memri, însă pe măsura timpului acești pacienți erau limitați în discții. De asemenea, n-am folosit explicații excesive, deoarece ele inhibau inițiativa membrilor.

Scanned with OKEN Scanner

Psihoterapia tulburărilor de conversie

Gh. Cărăușu, N. Oprea
Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie
"N.Testemițeanu" - Chișinău

Actualmente tulburările de conversie apar ca unele dintre cele mai frecvente forme ale patologiei psihiatrice de graniță iar diagnosticul lor se confruntă cu indiscutabile dificultăți.

Un rol fundamental în dezvoltarea tulburărilor conversive și al manifestărilor clinice ulterioare îl joacă particularitățile premorbide ale personalității care în raport de trăsăturile ei tipologice duc la diferite variante de evoluție finală.

Psihoterapia, în diversele ei variante, s-a dovedit a fi metoda cea mai eficace în tratamentul de conversie.

Cu toate că termenul de conversie isterică a fost prima dată utilizat de S.Freud - "Saltul misterios din psihic în corporal", acest fenomen apare cu cîteva mii de ani în urmă în papirusurile egiptene sub denumirea de "Tulburări ale uterului".

Marele J.M.Charcot a fost cel dintîi care la lecțiile de marți de la Salpetriere crea și lichida simptome prin hipnoză iar după moartea lui, Freud numește paraliziile isterice "Paralizii de reprezentare".

Scanned with OKEN Scanner

Și cercetările din ultima vreme arată că psihoterapia nevrozei isterice prezintă mari dificultăți legate de tendința bolnavilor cu isterie de a domina ambianța. În atare cazuri pentru ei este important controlul asupra celor din jur. Dacă unii pacienți încearcă să atingă acest scop prin confruntări, luptă, printr-o manieră agresivă, apoi alții - printr-o manieră altruistă. Medicul trebuie să stabilească corect stilul de comportament individual al bolnavului cu isterie. La o primă adresare la medic, de regulă terapeutul din policlinică, isterii prezintă acuze accentuînd atenția asupra simptomelor somatice pe care le leagă cu trăirile sale personale. Ulterior, cu toate că este demonstrată lipsa tulburărilor somatice, la pacienți se menține "Orientarea dublă": imaginație despre o nevroză și o eventuală tulburare somatică sau cerebral-organică. La o nereușită coordonare cu psihoterapeutul această prezentare de către bolnav a acuzelor somatice deseori este o manifestare a unei rezistențe sau a căutării compătimirii.În perioada examinării prealabile și la etapa inițială de tratament, atunci cînd bolnavii evoluează productiv contactul medicului, anume el medicul poate avea o influență considerabilă asupra dinamicii bolii. Dacă psihoterapeutul prezintă interes către simptome și în convorbiri de ficare dată se interesează de ele detailiat, atunci procesului de fixare și generalizare ulterioară a lor, adesea contribuie temerile pacienților că medicul poate pierde interesul față de ei. Iar dacă psihoterapeutul ignoră simptomele și își concentrează atenția asupra problemelor personale ale bolna-

Scanned with OKEN Scanner

vilor, atunci în cazul unei cooperări productive cade intensitatea simptomatologiei. Bolnavii cu isterie încearcă să-i impună medicului obligațiunea de a avea grijă față de ei și o responsabilitate pentru rezolvarea problemelor lor. În convorbirile avute cu medicul, bolnavii demonstrează des neajutorare, imaginea unui om naiv, care are o atitudine idealistă sau maximalistă față de mediul înconjurător. Bolnavii cu isterie evită modul spontan și deschis de comunicare, ei încearcă să dirijeze medicul cu ajutorul mijloacelor obișnuite pentru ei. .Prezintă o exigență, cu accentuarea dependenței și neajutorării, cu exprimarea admirației și mulțumirii, exagerare și născocire.

La începutul tratamentului uneori s-a stabilit rapid un pseudocontact datorită activizării obișnuite a mecanismului de identificare a bolnavului de isterie cu personalitatea medicului.

În această perioadă pacienții acceptau ușor toate pozițiile medicului și chiar stilul lui de comportament fără o prelucrare personală ncesară. Uneori la o etapă anumită de tratament acest mecanism de identificare poate fi folosit pentru a contacta pacientul să se poarte adecvat pe modelul comportamentului medicului. Pacientul care încerca să se prezinte într-o lumină favorabilă față de medic folosea mecanismul "rațională zării" adeverind diferit trăsăturile și pozițiile sale negative. În comportamentul agresiv și irascibil al bolnavului cu isterie care nu este satisfăcut de tratament nu rareori se reflectă poziția sa de a proiecta asupra atitudinii medicului față de el, a senti-

Scanned with OKEN Scanner

mentelor sale ostile. Logica afectivă, stereotipurile infantile, discernămîntul insuficient duc la o astfel de manifestare în cooperarea cu medicul a mecanismelor de apărare ca "refularea" (înlăturarea din cîmpul de atenție a aprecierilor și autoaprecierilor inacceptabile) și născocirea (exagerarea frumuseții vieții ale, trăsăturilor personale pentru atragerea atenției). În procesul tratamentului trebuie dezvăluit și de supus unor dezbateri cu pacienții mecanismele de apărare inadaptive, folosind cu acest scop metoda confruntării.Totodată este necesar de a dezvolta și a întări astfel de mecanisme active de adaptare în îndepărtarea bolii, ca o participare responsabilă în procesul terapeutic, conștientizarea problemelor psihologice, elaborarea scopurilor reale ale vieții.

Scanned with OKEN Scanner

Placeboterapia în activități de psihoterapie individuală la bolnavi de etilism cronic

Gh. Nedelciuc, P. Boișteanu, M. șelaru
Universitatea de Medicină și Farmacie "Gr.T.Popa" Iași
Spitalul Universitar de Psihiatrie "SOCOLA" Iași

I. Introducere. Prezentare clinică

Pacientul D.I., 32 ani, șomer, fost muncitor industrial, absolvent de liceu, necăsătorit, se prezintă din proprie inițiativă pentru asistență la Spitalul "Socola" solicitînd să i se elimine din organism un medicament administrat anterior la o prescripție de specialitate, efectuată în urmă cu un an. La respectiva da pacientului i s-a administrat ca medicament placebo sub formă de injecție intravenoasă un amestect de clorură de calciu cu acid nicotinic (vit.PP). Cu această ocazie în momentul administrării pacientului i s-a spus că injecția respectivă este un preparat special cu acțiune împotriva consumului de băuturi alcoolice care se depozitează timp îndelungat în organele interne. Pacientului i s-a comunicat că va fi timp de un an de zile sub influența acestui medicament cu efect de preparat retard, denumit ad-hoc "Belapsinol". La data primei examinări pacientul prezenta simptomele unei dependențe alcoolice însoșite de o solicitare fermă de a fi ajutat în sensul de a întrerupe pentru totdeauna consumul de băuturi alcoolice.

Scanned with OKEN Scanner

Cu această ocazie pacientul a fost supus unei complexe examinări clinice și de laborator, într-un cadru organizatoric special regizat pentru a crea o atmosferă de empatie față de medicul curant și personalul medical al secției unde a fost asistat. I s-a făcut cunoscut că efectul medicației administrate are o durată de circa 1 an. după circa 10 luni de abstinență completă, pacientul reia consumul de băuturi alcoolice. La reexaminare cu ocazia acestei reveniri se obiectivează un tablou de suferință anxios-disvegetativă, dominată de neliniște, anxietate, hiperemie a tegumentelor, senzație de asfixie, teama de moarte. Față de această situație se poartă cu pacientul o discuție orientată psihoterapeutic în cadrul căreia i se explică că i se va administra un medicament antidot specific față de preparatul "retard" sus-amintit. După administrarea de Glucoză + Vit.C i.v., într-un cadru regizat din nou în sensul acordării asistenței de urgență, pacientul își revine devenind totalmente cooperant pentru un plan terapeutic recuperator a la longue.

II. Considerații generale asupra medicației placebo

Este îndeobște recunoscut preparatele medicamentoase au o acțiune farmacodinamică specifică cât și efecte psihologice implicite aferente acesteia. În literatură se citează cazuri de efecte benefice ale perparatului sacharum lactis în diverse stări algice, administrat sub eticheta de analgezic. Teoretizînd problematica efectului placebo terapeutic

Scanned with OKEN Scanner

al medicamentelor R.Konezny și M.Bouchel (1974) propun drept schemă în cazul acțiunii medicamentelor:

1. un efect direct specific propriu însușirilor farmacologice ale preparatului;
2. o acțiune placebo.

În lumina teoriei neurofiziologice privind activitatea nervoasă superioară, elaborată de I.P.Pavlov, acțiunea placebo poate fi considerată ca un reflex condiționat dezvoltat drept consecința acțiunii preparatelor medicamentoase asupra organismului uman.

În literatură se descrie că mixtura Behterev avea un efect mult mai eficace atunci cînd era prescrisă de însuși V.M.Behterev și își pierdea eficacitatea cînd era prescrisă de alți medici. Placeboterapia se poate aprecia ca fiind utilizarea indirectă a medicamentelor prin intermediul acțiunii sugestiei asupra pacientului, în timpul căreia subiectul nu este înconștiințat că face obiectul intervențiilor psihoterapeutice. Observațiile clinice indică în cazul pacienților suferinzi de etilism cronic, că în efectul benefic al medicației administrate acestora o semnificație particulară o prezintă aspectul, gustul, mirosul, ambalajul medicamentului, denumiri cu caracter insolit și epatant cât și efectele farmacologice directe cu răsunet evident asupra stării subiective a pacientului. Factori conecși efectului placebo sînt de asemnea acțiunile sugestive ale medicului în timpul administrării preparatelor medicamentoase, starea subiectivă a pacienților, legată de convingerile asupra efectelor administrării de medicamente, autoritatea și

prestigiul medicului în lumea pacientului. Placeboterapia impune în utilizarea sa o etapă de pregătire psihologică ă pacienților în cauză. Pentru a se evita suspiciuni din partea pacienților de utilizare a unor practici neortodoxe, atmosfera de solemnitate, gravitate a actului medical este necesar să fie urmărită pe tot parcursul utilizării metodei. Este necesar să se urmărească de semenea ca diversele manevre legate de asistența bolnavului să îmbrace un caracter sugestiv. Acțiunile sugestive utilizate în placeboterapie sînt potențate de "efectul de așteptare". V.M.Behterev a arătat că "Așteptarea este o condiție a intensificării sugestiei". Alți autori, precum G.Avrutchi și A.Neduva subliniază că "în cazul bolnavilor alcoolici o influență particulară în obținerea de efecte benefice o au noutatea medicamentelor și prezența de convingeri privind efectul pozitiv al acestora". În obținerea de efecte pozitive ale medicației placebo un rol important revine opiniei publice generale cât și diverselor grupuri de pacienți implicați în utilizarea placeboterapiei. Pacienții tratați cu această metodă influențează benefic persoanele solicitante de noi tratamente, sugerîndu-le efectele favorabile ale noului medicament. În practica placeboterapiei este necesar ca medicația placebo să fie prezentată sub o denumire codificată, referabil eufonică, imposibil de descifrat de neavizați.

Placeboterapia are efecte neuniforme la diverse categorii de bolnavi. Astfel, A.Hleedman și E.Torn au demonstrat pe cale experimentală că efectul placebo este

Scanned with OKEN Scanner

diferit. Ei au arătat ă există persoane placebo-reactive, cât și persoane placebo-nonreactive. Subliniem că în literatură se subliniază faptul că medicul în atari situații trebuie să aibă în vedere și posibile eșecuri a placeboterapiei, precum și necesitatea altor alternative terapeutice.

III. Placeboterapia în alcoolism

Observațiile clinice indică utilizarea placeboterapiei de o manieră diferențiată în diversele forme de alcoolism. Placeboterapia este indicat să fie folosită numai la pacienții care conștientizează necesitatea și eficacitatea intervențiilor terapeutice în alcoolism. În fapt este vorba de pacineți cu o bună stare clinică, în prealabil reechilibrați somatic și umoral prin intervenții medicamentoase adecvate. În paralel placeboterapia este influențată benefic și de o atitudine de complianță existentă în mediul de proveniență al bolnavilor. Sub o formă accesibilă, în cazul familiilor cooperante, în raport de nivelul cultural-sanitar, se pot expune principiile metodei membrilor acesteia, accesibili unei înțelegeri adecvate a modului de ațiune a metodei.

Placeboterapia poate fi utilizată și în microcolective familiale în caz de evidente polarizări narcofilice ale acestora. În asemenea cazuri, membrii respectivelor microgrupuri trebuie selectați cu multă atenție, rejetîndu-se indivizii cu trăsături dizarmonice ale personalității și fixațioi narcomanice. În asemenea situații, inducția de microgrup poate favoriza benefic diverși indivizi luați izolat.

Scanned with OKEN Scanner

IV. Metodologie. Observații proprii

După informațiile noastre, pentru prima dată în Romania comunicîm observații asupra unui lot de 44 subiecți de sex masculin, asistați de serviciul II Bărbați al Spitalului "Socola" Iași în perioada martie 1996 - martie 1998. Lotul în cauză este prezentat în totalitate de bolnavi între 30-60 ani, cu o proveniență aproximativ egală din mediul urbal și rural. În raport de formele de asistență anterioară semnalam că circa din pacienți au fost la prima și la a doua internare în spitalul de psihiatrie în timp ce restul (2/5) au fost beneficiari a trei sau mai multe internări în spital pentru diverse forme de alcoolism. În raport de situația civilă au fost 21 căsătoriți, 13 necăsătoriți, 8 divorțați, 2 cu situații de concubinaj.

Raportat la statutul profesional salariați au fost 25, șomeri 12, 5 fără ocupație, pensionari 2.

Nivelul de instruire a fost reprezentat de: absolvenți de școală generală 18, absolvenți de liceu 13, studii superioare 4, persoane cu studii incomplete 9.

În prealabil aplicării placeboterapiei, pacienții din lotul susmenționat au fost supuși la tratamente intraspitalicești cu vitamine, nootrope, anxiolitice, tonice, ortotimizante. În paralel cu tratamentul medicamentos, pacienții au fost supuși la intervenții în finalul curei de tratament a metodelor placebo. Fiecare caz a fost îndeaproape evaluat în ceea ce privește aspectele sale socio-culturale și familiale, solicitîndu-i-se în final un accept scris personal și uneori din partea membrilor familiei, că doresc să ur-

Scanned with OKEN Scanner

meze o nouă metodă de tratament cu un medicament puțin utilizat pînă atunci în practicile medicale curente (medicamentul placebo).

După efectuarea unei ședințe de tratament sugestiv cu medicația placebo (clorura de calciu și vit.PP i.v.) pacientului i s-a recomandat revenirea la control clinic și al comportamentului față de consumul de băuturi alcoolice după o perioadă de timp de 3-4 săptămîni.

Pacienții reveniți la control au fost supuși, în scop psihoterapeutic, la repetarea unor examene clinice și de laborator, la prescripții de a lua în continuare diverse tratamente medicamentoase. De fiecare dată pacienților li s-a reiterat verbal cele spuse anterior despre medicația placebo, caracterul ei de medicație depot, necesitatea de un regim de totală abstinență față de consumul de băuturi alcoolice.

V. Rezultate

Urmăriți pe o perioadă de timp de 1 ani de zile, 23 pacienți din totalul de 44 au prezentat o remisiune integrală și completă a alcoolismului demonstrată printr-o abstinență totală de consumul de baăuturi alcoolice, La 13 pacienți remisiunile au avut o durată de circa 9 luni fiind urmare de reluarea consumului de băuturi alcoolice. La un număr de 8 pacienți remisiunile au durat în jur de 6 luni iar la restul datele catamnestice nu au putut oferi elemente de apreciere.

Scanned with OKEN Scanner

VI. Concluzii

În arsenalul terapuetic al anumitor forme de alcoolism, placeboterapia cei demonstrează un efect benefic, mai ales atunci cînd este individualizată și personalizată în raport de comportamentul general și față de consumul de băuturi alcoolice. Procedeul terapeutic utilizat de noi sub formă de injecții intravenoase de clorură de calciu + vit.PP după o metodologie expusă pe larg în economia lucrării ni s-a demonstrat a fi benefică la 6 luni la circa 75% din subiecții luați în studiu și circa 50% la 12 luni.

Mecanismele biofotonice ale proceselor psihice

Daniela Mariana Manu

Inspectoratul școlar Județean Iași

Prin integrarea treptată a stimulilor optici convergenți, bioluminiscenți pe căile optice și nervoase se ajunge la trecerea de la informațiile simple date de diferitele componente ale globilor oculari/ urechi/ etc, la realizarea de informații tot mai complexe (senzații-reprezentări-noțiuni). Organele de simț transformă energiile și informațiile fizice în energii și informații psihice. Conform teoriei laserilor biologici (TLB) datorită cristalelor lichide organice (lipide, protide, glucide, fosfați etc) și datorită proprietăților lor optice dielectrice și diamagnetice pot fi transformate în bioluminiscență toate tipurile de energii

Scanned with OKEN Scanner

recepționate de ființele vii (optice, acustice, termice, chimice, electrice, magnetice, mecanice). Factorii externi de temperatură, lumină, presiune, câmp electric și câmp magnetic, pH-ul mediului influențează proprietățile SLB ale fosfatului, apei, oxigenului și cristalelor lichide organice (de tipul lipidelor, protidelor, glucidelor) și pot modifica și calitățile energetice și informaționale ale bioluminiscenței, ducând de la stări normale la stări patologice, fiziologice și psihice, sincronizate.

Există calități ale luminii și bioluminiscenței (densitate optică, frecvență, compoziție spectrală, intensitate, fază) și calități ale SLB (structurale) ce pot determina efecte normale sau patologice. Astfel se pot decela: boli (fizice și psihice) prin exces de energie și boli (fizice și psihice) prin minus de energie.

Organismul uman este similar unui sistem de amplificare energetică și informațională: biochimică, electrică, magnetică și fotonică; acest efect se desfășoară succesiv în limite normale dacă sursa de lumină/ energie și structura organismului sunt normale.

Principalele efecte fotonice ale bioluminiscenței sunt:

efectele holografice: vederea, gândirea, memoria, logica, timpul biologic și bioritmurile, aurele corpurilor, limbajul, mimica, scrierea, visele - iluziile – halucinațiile;

efectele termice celulare ce întrețin permanent căldura specifică corpurilor vii;

Scanned with OKEN Scanner

efectele plasmatice (efect Kervran) – poate explica și efectele secundare, complicațiile nedorite ale unor medicamente;

Principalele efecte electromagnetice sunt: superconductibilitatea electrică la temperaturi ridicate, potențiale de repaus și de acțiune, forma celulelor, organelor și corpului, circuitele oscilante celulare/de organ. De exemplu, pentru creier – telepatia, pentru inimă – afectivitatea, pentru celulă – diviziunea celulară/nucleară.

Principalele efecte diamagnetice sunt:

- efectul Meissner, variația greutății corpului (efect antigravitațional)
- memoria optică – ca fenomen de membrană celulară, specific oricărei celule din organism, nu numai creierului; fenomenele de atracție – respingere, specifice fiecărui tip de SLB (pentru inimă corespunde fenomenul de simpatie-antipatie, pentru celule corespunde atracției intercelulare, aderenței între foițele membranare (dubla foiță fosfolipidică) ș.a.

Principalele efecte biochimice constau:

- pentru SLB celular: în diferențierea celulară, acumulare energetică pe timp de zi sub forma depozitelor de compuși macroergici – ATP ș.a. intracelular, în mitocondrii.
- obezitate (celulară, de organ, de organism); oboseală; durerea; cancerizarea, mutații genetice; biosinteza de produși atipici celulari.

Lumina, ca principală sursă de energie pentru organismul uman devine bioluminiscență, este amplificată energetic și

Scanned with OKEN Scanner

informațional dând ca efect electric o creștere secundară a potențialului electric după o progresie aritmetică conform legilor fotochimiei vederii (Weber-Fechner), respectiv la o creștere geometrică a stimulilor optici. În aceste condiții se ajunge de la μV la circa 120 mV (amplificare de cca. 100.000 ori a radiației receptate de o celulă fotoreceptoare) a contracției musculare. Exemplele de probleme energetice ating însă și domeniul psihicului uman: temperamentul, voința, deprinderile, ticurile, agresivitatea, demența, atrofii, depresia etc.

Sensul de propagare al luminii determină:

- fenomenele de conștiență, de veghe, hipnoză, când stimulii externi sunt dominanți și determină propagarea bioluminiscenței de la exterior spre interior;
- fenomene de inconștiență, vise și halucinații, comei, când stimulii vin de la interior spre exterior.

Simțurile noaste sunt indicii prețioase pentru perturbările factorilor de mediu când sunt de scurtă durată și pot fi luate în considerare atunci când SLB organice sunt sînătoase. Durata mare a perturbației interne și externe poate duce însă la tulburări de apreciere, prin ștergerea memoriei datelor corecte (halucinațiile). Durata memoriei este dependentă de intensitatea stimulilor externi și a bioluminiscenței și are nivele diferite de intensitate (praguri de potențial electric) de-a lungul lanțului nervos. Dacă intensitatea acumulărilor energetice este mare pentru un anumit nivel, acesta se poate descărca anormal (patologic). Exemplu: raptusurile suicidare. Menținerea în stare

Scanned with OKEN Scanner

de veghe a unor porțiuni din creier în timpul somnului determină fenomene precum somnambulismul. Punerea unui diagnostic psihiatric/ psihologic trebuie să țină cont: de toți factorii posibili perturbatori ai calităților SLB sau ale bioluminiscenței; de sediul localizării perturbațiilor în organism; de intensitatea lor; de posibilitățile reale de descărcare energetică; de posibilitățile reale de armonizare a energiilor; de tipurile de energii exercitate asupra subiectului; de durata acțiunii lor (fixare); de posibilitățile de remediere familiale, sociale, educaționale, medicale; de existența unor factori "educaționali" pozitivi sau negativi și durata acțiunii lor etc. Existența bolilor psihice prin plus sau minus de energie constituie o realitate iar mijloacele terapeutice trebuie adaptate lor, ajutând la ameliorarea performanțelor, corecția abaterilor de la normal, până la stimularea creativității, cealaltă latură a stărilor psihice umane normale.

Sistemul nervos este principalul factor responsabil de evoluție a speciilor, a omului în special. Formarea și evoluția sistemului nervos în cursul embriogenezei, organogenezei, filogenezei este dependentă de calitățile luminii și bioluminiscenței, de calitățile sistemelor laser biologice, ale celulei ou inițiale. Tipurile temperamentale par a fi dependente de energia absorbită de la exterior, de numărul și calitatea celulelor receptoare de energii și informații externe. Utilizarea tipului temperamental poate fi importantă în procesul educațional, profesional, iar buna lui utilizare poate duce la creativitate, la performanțe

Scanned with OKEN Scanner

pozitive, sau din contră la efecte negative până la patologice. Tipul coleric de exemplu, poate ajunge la bătrânețe la agresivitate, neurastenie, hiperacuzie, manii, ce intră în categoria bolilor psihice. Dacă pentru tipurile temperamentale cu exces de energie (sanguin, coleric) trebuie tratamente de reducere energetică în cazurile patologice la cei cu minus de energie (melancolici, flegmatici) trebuie tratamente de stimulare energetică. Metodele tradiționale se adresează mai mult organelor interne care au plus sau minus energetic prin tehnici de presopunctură, acupunctură și altele, dar care au efecte și asupra psihicului (în isterii, neurastenii ș.a). Dată fiind acțiunea dominantă a fotoreceptorilor în gradul de informare al creierului (90%) acțiunea bioluminiscenței pe această cale este determinantă în toate procesele psihice normale și patologice. Astfel se explică eficiența terapiilor prin culoare, cromatoterapia, holografia, cinematografia.

Biofotonica oferă specialiștilor și nespecialiștilor un nou instrument de înțelegere a lumii vii, teoria laserilor biologice, precum și posibilitatea extinderii și aprofundării studiilor de cercetare științifice.

Scanned with OKEN Scanner

Psihoterapia pozitivă - metodă integrativă în psihoterapia individuală și de grup

Chivoiu, O.Boriceanu-Chivu, A. Nicoară, D.Don, I. Fodoreanu

Clinica de Psihiatrie Universitatea de Medicină și Farmacie "Iuliu Hațieganu" Cluj-Napoca

Psihoterapia pozitivă - caracterul universal - principii

Psihoterapia pozitivă, fundamentată de dr. N.Peseschkian, este o formă de psihoterapie de scurtă durată bazată pe o abordare psihologică de profunzime, utilizînd elemente transculturale. Cuvîntul "pozitiv" din psihoterapia pozitivă derivă din cuvîntul "positum", adică ceea ce este "real și consacrat". Tulburările și conflictele pacientului nu sînt singurele lucruri reale ale sale, el aducînd cu sine și capacitatea de rezolvare a acestora. În cadrul terapiei, pacientul învață să renunțe la rolul de bolnav și să devină treptat terapeut pentru sine și pentru mediul său, acest fapt ilustrînd principiul "auto-ajutorării". Gîndirea transculturală reprezintă baza psihoterapiei pozitive: fiecare persoană trăiește într-un anumit grup, fiind influențată de mediul cultural în care crește, de familia în care s-a născut, precum și de persoanele pe care le întîlnește de-a lungul vieții sale. Toate aceste interacțiuni contribuie la formarea personalității unice și unitare a individului.

În abordarea transculturală, psihoterapia pozitivă utilizează poveștile orientale, incluzînd astfel, folosirea intui-

Scanned with OKEN Scanner

ției și imaginației în procesul terapeutic, abilitatea de a învăța cu ajutorul acestor instrumente, din experiența tradiției. Fără a ataca în mod direct conceptele și valorile pacientului, se poate sugera o schimbare de poziție ce va permite pacientului să își reconsidere conceptele, să le privească dintr-o nouă perspectivă prin intermediul contraconceptelor.

Psihoterapia pozitivă are un caracter universal, terminologia a fost astfel concepută încît să fie ușor de înțeles de către oricine, indiferent de clasa socială, educație, limbă. Ea oferă concepte de bază pentru abordarea tuturor afecțiunilor și conflictelor. Psihoterapia pozitivă nu este numai o metodă de terapie psihologică, ci și o metateorie. Ea oferă un concept comprehensibil în cadrul căruia pot fi utilizate metode variate și școli terapeutice diferite, suplimentîndu-se reciproc.

Analiza diferențială este un nou tip de psihoterapie, care aduce în prim plan principiul "diferențierii", acesta însemnînd discriminare, fiind și o calitate umană care are un impact fizic, psihic și social. Se poate vorbi, astfel, de o diferențiere somatică, ce apare înainte de naștere și o diferențiere psihosocială, care implică o diferențiere emoțională și cognitivă; gradul diferențierii se realizează cu ajutorul experiențelor.Intervenția terapeutică în psihoterapia pozitivă constă în a-l învăța pe pacient să discrimineze mai bine anumite situații, ceea ce îl face să se comporte cu adecvantă mai mare în situația respectivă. A fost astfel, elaborat un inventar analitic al diferențierii (DAI

Scanned with OKEN Scanner

-Differentiation Analytic Inventory) cu un sistem comprehensiv relativ de categorii care operează cu "capacități actuale", reprezentînd norme de socializare, atitudini, căi de comportament care se învață și se dezvoltă de-a lungul vieții

Capacitățile actuale în Psihoterapia pozitivă

În cursul socializării se modelează ca și capacități specific umane cîștigate și încorporate într-un autoconcept și "un fel de a fi" cu o puternică rezonanță afectivă. Capacitățile actuale se adresează fiecărui moment, se modelează și se diferențiază prin mediu. În continuare se descriu capacități primare și secundare.

Capacitățile secundare exprimă capacitatea omului de a învăța, sînt achiziționate prin educație, sînt reprezentate de: curățenie, punctualitate, politețe, spontaneitate, hărnicie, onestitate, fidelitate, obediență, spirit economic, dreptate, credibilitate.

Capacitățile primare sînt legate de domeniul emoțional (capacitatea de a iubi), fiind baza pe care se construiesc capacitățile secundare; sînt reprezentate de răbdare, timp, contacte, încredere, speranță, tandrețe, sexualitate, dragoste, credință religioasă. Capacitatea de a iubi și de a cunoaște sînt denumite capacități bazale. Capacitățile actuale nu sînt factori izolați ci se interrelaționează; sînt construcții ipotetice, la un nivel intermediar de abstractizare, nu se observă direct, dar pot fi deduse din situații concrete comportamentale. Ele iau în considerație

Scanned with OKEN Scanner

comportamentele ca și reguli de funcționare a individului. Capacitățile actuale au un caracter complex avînd un nivel de funcționare în societate, grupul de apartenență, sfera de experiență psihosocială individuală și procesele psihosomatice.

Conținutul și dinamica conflictului

Orice conflict are o istorie a sa, pornește din trecut, are o realizare în prezent, la care se adaugă expectațiile viitorului. În cadrul acestui continuum se dezvoltă conflictul care transformă persoana în pacient. analizînd conflictele psihosociale din perspectiva dezvoltării lor de-a lungul vieții persoanei, se disting, formal, două dimensiuni conflictuale: conflictul actual și conflictul de bază. Conflictul actual reprezintă o situație nou apărută în care modelele cognitive și comportamentale ale individului nu reușesc să conducă la rezolvarea ei satisfăcătoare. E condiționat direct de problemele actuale: stressul ocupațional, divergențele familiale, dificultățile relaționale între copii și părinți, probleme de relații interpersonale. În termenii conținuturilor, conflictul actual operează cu capacitățile actuale primare și secundare, putînd fi descris prin intermediul lor. Aceste conținuturi, care s-au dezvoltat într-un sistem de valori subiective, corespunzătoare cu viziunea unui subiect asupra unui comportament adecvat, conduc la conflicte ori de cîte ori se depășește capacitatea de suportabilitate și adaptare la o situație a unei persoane. Conflictul actual nu apare, de obicei, asemeni unui "fulger pe

Scanned with OKEN Scanner

cer", ci se dezvoltă lent, atingînd în final o intensitate care poate fi definită ca o tulburare psihologică sau psihosomatică. De aceea, este necesară investigarea în spatele conflictului actual: copilăria și mediul în care a trăit subiectul, ce pot fi punctul de plecare în dezvoltarea tulburărilor psihologice. La acest nivel se integrează conflictul bazal care nu este necesar să fie un eveniment de referință, ca de exemplu moartea unei persoane apropiate, ci toate experiențele noastre care sînt implicate în configurarea capacităților actuale. Conflictul bazal impune evaluări ale ponderii fiecărei modalități a capacităților bazale. Conflictul bazal poate modela situația conflictuală actuală: interferînd cu dominarea curentă a realității, influențînd deciziile și posibilitățile de reacție dar și viitorul, deoarece scopurile ni le fixîm în concordanță cu experiența noastră de viață. Cu toate deosebirile sociale și culturale, în pofida individualității lor, putem observa că toți oamenii ajung la forme tipice de asimilare a conflictelor. Exprimarea dificultăților pacientului se realizează sub patru forme de asimilare a conflictelor, cărora le sînt repartizare cele patru moduri ale capacității de cunoaștere, acestea permițind recunoașterea modalității în care individul își conștientizează propria persoană și mediul său, în ce fel este testată realitatea:

1. corpul - mediul simțurilor
2. performanța - mediul rațiunii
3. contactele - mediul tradițiilor
4. imaginația, filozofia de viață - mediul intuiției.

Scanned with OKEN Scanner

Fiecare persoană își dezvoltă modalitățile de reacție preferate în fața unei probleme. Soluționarea conflictelor se realizează prin refugiul în boală, în muncă, contacte sau imaginar.

Funcțiile poveștilor

În cadrul psihoterapiei pozitive, conceptele, mitologiile și poveștile orientale sînt utilizate pragmatic în diferite situații terapeutice, raportate la cele patru nuclee conflictuale. Implicînd o perspectivă transculturală, poveștile oferă pacientului ocazia de a reflecta asupra "învățăturii" lor. Relativizarea normelor individuale, schimbarea perspectivei nu are loc în afara sistemului de valori al persoanei, ci prin prisma altor valori pe care le deține. Astfel, poveștile orientale îndeplinesc anumite funcții în psihoterapia pozitivă, rezultate din confruntarea pacientului cu ele și prelucrarea lor cognitivă.

Funcția de oglindire constă în procesul prin care pacientul își poate transpune dorințele în povestire, modelîndu-i semnificațiile ajungînd la structuri psihice mai apropiate de ego, facilitînd identificarea. Prin evocarea unor fantezii și amintiri personale determinate de povești, pacientul poate obține o raportare mai detașată la conflictele sale.

Funcția de model: poveștile oferă un test situațional în care putem proba răspunsuri neuzuale modului nostru de agîndi și simți, aplicîndu-le apoi conflictelor noastre în manieră experimentală; poveștile încurajează învățarea prin munca cu modelul. Prin funcția lor mediatoare, po-

Scanned with OKEN Scanner

veștile pot anula confruntarea directă dintre terapeut și conceptele eronate, mecanismele defensive ale pacientului, care generează rezistențe. Se inițiază un proces triadic în care povestea îndeplinește rolul unui filtru (pacient - poveste - terapeut). Prin faptul că poveștile pot fi puse în lucru în diferite situații cotidiene, pacientul oferind interpretări diferite, ele au și un efect tezaurier. Poveștile au o acțiune de mai lungă durată asupra pacientului și încurajează independența acestuia față de terapuet. Poveștile sînt mesageri ai tradiției (cultură, familie, societate), transmit gînduri, reflecții, asociații care, de la o generație la lata, dobîndesc noi semnificații. Poveștile reflectă reguli, concepte, norme de conduită acceptate într-o cultură, pacientul învață să le aprecieze și să le asimileze, obținînd o perspectivă transculturală asupra acelorași situații conflictuale. Activînd expresia intuiției, fanteziei, poveștile sînt un mijloc de regresie a pacientului prin care el își permite eliminarea măștilor comportamentului dobîndit și experimentarea ideilor și atitudinilor inocente, spontane, din perioade timpurii ale vieții. Poveștile, ca mijloc de comunicare umană, oferă contraconcepte care pot fi acceptate sau respinse de către pacient. Aceste contraconcepte încurajează schimbarea perspectivei, a cadrului de referință al pacientului ducînd la experimentarea conceptelor neuzuale și a soluțiilor posibile ale situațiilor conflictuale. Poveștile oferă, prin schimbarea perspectivei, elementul de surpriză, cu efect benefic psihoterapeutic.

Scanned with OKEN Scanner

Etiologia bolilor din perspectiva Psihoterapiei pozitive

Psihoterapia pozitivă oferă un concept terapeutic de bază pentru bolile psihosomatice și tulburările psihologice. Din această perspectivă, boala reflectă și calitatea relațiilor din familie și societate ale pacientului, nefiind doar o disfuncție a individului. Psihoterapia pozitivă relevă patru modele pentru descrierea și explicarea acuzelor psihosomatice și pur psihologice:

Modelul descriptiv. Cu ajutorul modalităților capacităților bazale și actuale poate fi descris fundalul unei tulburări psihosomatice și efectele sale psihosociale, fără a fi necesară postularea unei conexiuni cauzale. Cele mai bune exemple ale capacităților actuale se găsesc în cele trei arii - sexualitate (parteneriat), profesie (achiziție, hărnicie), religie (filozofie de viață). Aceste disfuncții pot apărea și în alte sfere decît în cele în care pacientul are dificultăți. Între aceste trei arii se stabilesc interrelații funcționale, putîndu-se vorbi de procesele de egalizare (care presupun o anumită proporționare în economia personalității), modificări ale ponderilor, dezlocări și relații încrucișate, ce fac greu de precizat ceea ce este primar și ceea ce este secundar într-o tulburare.

Modelul microtraumelor. Acumularea unor experiențe stressante determină sensibilizarea unor arii ale personalității individului la conflict. Stimularea continuă a acestor zone determină disfuncții ale sistemului nervos vegetativ, sistemului endocrin și în final modificări organice. Psihote-

Scanned with OKEN Scanner

rapia pozitivă nu ia în considerare stressul generalizat, ci discriminează capacitățile actuale sensibile sau rezistente la stress.

Modelul conflictului. Dezvoltarea unor disfuncții psihosomatice, psihoreactive, pot rezulta din confruntarea unor atitudini contradictorii, expectații, valori și moduri de comportament. Cînd capacități actuale contradictorii se confruntă unele cu altele, apare conflictul între interior și exterior.

Modelul riscului. Contradicțiile dintre modalitățile capacităților bazale și actuale nu trebuie să fie cauze directe de catalizare a acuzelor somatice; tulburările pot să apară indirect, în lipsa unui fundal psihosocial și ecologic disfuncțional. Conexiunile somato - psiho- sociale sînt descrise sub forma unor factori de risc, următorii cinci factori fiind implicați în dezvoltarea tulburărilor mentale și psihosomatice (așa numitele "boli ale civilizației"): fumat, alcool, toxice, droguri, obezitate, sedentarism, stress emoțional. În spatele acestor factori de risc se pot percepe capacități actuale care nu vor determina dezvoltarea bolii fără configurația individuală, legată cultural și modelată de capacitățile actuale.

Cele cinci trepte ale strategiei terapeutice în Psihoterapia pozitivă

Psihoterapia pozitivă folosește o strategie bazată pe cinci pași care corespund posibilităților oferite pacientului de a-și rezolva conflictele și problemele.

Prima treaptă: Observarea/distanțarea are ca scop analizarea situației pacientului, ajutîndu-l pe acesta să treacă

Scanned with OKEN Scanner

de la un nivel abstract al conflictului la unul concret, descriptiv. El are posibilitatea de a distanța de propia situație și de a obține alte puncte de vedere. Începe un proces de învățare și discriminare prin care pacientul surprinde esența conflictului și îl descrie în termeni de conținuturi. Trei etape sînt incluse în primul pas: observarea și notarea; evitarea criticii; detașarea de părțile neimplicate în conflict.

A doua treaptă: Inventarierea/diferențierea permite pacientului să obțină un insight asupra domeniilor personalității care sînt implicate în conflict și asupra celor libere de conflict. Pe baza inventarului capacităților actuale (DAI) se obțin domeniile de asemănare/diferențiere între pacient și partenerul de conflict. La acest nivel focusul este pe dezvoltarea capacității de a diferenția (cognitiv) și de a dezvolta o rezonanță emoțională adecva la aceste diferențieri (afectiv).

Treapta a treia este încurajarea situațională în care pacientul este folosit ca terapeut în propriul mediu: pentru a construi o relație de încredere, pacientul învață să încurajeze capacitățile actuale pozitive ale partenerului de conflict și să conștientizeze propriile capacități actuale negative.

Treapta a patra: Verbalizarea este caracterizată prin încercarea partenerilor de conflict de a rezolva neînțelegerile existente. Pentru a dizolva limbajul distorsionat al conflictului, pacientul învață pas cu pas comunicarea cu partenerul, discutînd capacitățile actuale pozitive și negative. Verbalizarea are o triplă funcție: contribuie la con-

Scanned with OKEN Scanner

știentizarea pe deplin a conflictului; folosind comunicarea între parteneri urmărește înțelegerea conflictului și căutarea soluțiilor; contribuie la o diferențiere a conținuturilor.

Treapta a cincea: Lărgirea obiectivelor are ca scop îmbogățirea filozofiei de viață și sistemului de valori al pacientului. Principiul de bază în acest ultim pas este experimentarea faptului că relația cu partenerul nu este umbrită de conflictul actual ci este o relație complexă ce poate fi privită din diverse unghiuri. Pacientul învață să nu extindă conflictul asupra altor domenii ale personalității și comportamentului, cu să se orienteze spre scopuri noi, de viitor. Pacientul devine capabil să inițieze un auto-ajutor orientat spre viitor. Urmînd această strategie terapeutică structurată pe cinci pași, pacientul își asumă un rol activ și central în procesul terapeutic. Numai interacțiunea între pacient, terapeut și mediu constituie o exploatare maximă a posibilităților psihoterapeutice. Terapeutul, ca figură cheie și centru de control în rezolvarea psihoterapică a conflictului, nu pregetă să includă în procesul terapeutic și celelalte persoane din conflict. Rezultă o relație terapeutică multidimensională în care terapeutul, pacientul și mediul au o contribuție egală în psihoterapie, care poate fi considerată, astfel, o psiho-socio-terapie.

Psihoterapia pozitivă și alte psihoterapii

Se pot stabili unele relații între psihoterapia pozitivă și alte orientări psihoterapeutice, care implică atît diferențe, cît și direcții pe care le poate urma o cooperare constructivă între ele. Această cooperare poate avea loc în două

Scanned with OKEN Scanner

moduri: prin abordări terapeutice favorabile care să fie încorporate în planul de diferențiere - analiză a tratamentului sau prin abordări de diferențiere - analiză care să fie aplicate în cadrul altor metode psihoterapeutice.

Eficiența Psihoterapiei pozitive

Ca metodă integrativă de terapie, psihoterapia pozitivă poate fi utilizată într-un spectru larg de afecțiuni psihiatrice și psihosomatice, cum ar fi: tulburările depresive, tulburările anxioase, tulburări somatoforme, de conversie, tulburări de personalitate, tulburări legate de abuzul de substanțe și diverse afecțiuni somatice. Un studiu longitudinal asupra eficienței și calității psihoterapiei pozitive cu o documentație structurată și autocontrol succesiv, realizat de dr. N.Pesechkian și dr.K.Tritt a demonstrat că pacienții tratați cu acest tip de psihoterapie au prezentat o reducere semnificativă a simptomelor precum și o îmbunătățire a modului de viață și comportamentului. Un studiu adițional de comparație cross-sectional a arătat persistența în timp a efectelor psihoterapiei pozitive care pot fi detectate la peste 5 ani de la terminarea ei, acesta fiind un indiciu al stabilității în timp a rezultatelor terapeutice.

"Sănătos nu este cel care nu are probleme, ci acela care este capabil să le rezolve". Deci, psihoterapia nu este numai un instrument pentru tratament; din perspectiva psihoterapiei pozitive, ea joacă un rol central în eliminarea conflictelor care apar, în transmiterea unor posibilități specifice și universale de revolvare a problemelor în învățarea pacientului de a-și purta de grijă și de a se autoajuta.

Scanned with OKEN Scanner

Aspecte psihoterapice în practica pedopsihiatrie

Gh. Cărăușu

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie "N. Testemițeanu" - Chișinău

Scopul psihoterapiei a constat nu numai în îndepărtarea manifestărilor morbide dar și în ajutorarea cît mai grabnică a resocializării copiilor.

La început am stabilit o relație caldă și apropiată cu copiii, încurajîndu-i să-și exprime sentimentele și să-și găsească moduri alternative de comportament. Momentul cel mai important în faza inițială s-a dovedit a fi obținerea încrederii de către pacienți. Dacă din prima întîlnire acest lucru nu s-a întîmplat, tentativele ulterioare de aregăsi contacul cuvenit, practic nu a adus rezultate scontate.

Am lucrat și cu acei specialiști care au trimis copiii pentru aceste intervenții. Avînd în vedere importanța primei întîlniri în prelabil am studiat toate sursele existente despre acești copii, am vorbit în mod obligatoriu cu copiii, exprimîndu-le punctul nostru de vedere asupra trăirilor lor, dar n-am atins problemele lor mai intime, evitînd de asemenea și criticile. În majoritatea cazurilor, psihoterapia s-a efectuat în condiăii de ambulator.

Deseori, în primele ședințe, copiii credeau că tot ceea ce se întîmplă medicul va împărtăși părinților. Am stabilit relații calme cu copiii ca ei să înțeleagă senti-

Scanned with OKEN Scanner

mentele și ideile lor, parțial prin joc, parțial vorbindu-le și ascultîndu-le.

Deoarece copiii mai mici nu aveau capacitatea sau dorința de a-și exprima sentimentele în cuvinte, observații asupra interacțiunii cu medicii pentru ei sînt foarte importante.

Am stabilit o atmosferă prietenoasă cu copiii întrebîndu-i despre animale, jocuri ca mai apoi să-i întrebîm despre problema lor, direct sau indirect, adică întrebîndu-i ce anume și-ar dori iar ei la rîndul lor își exprimau des sentimentele în desene.

Vîrsta copiilor era de la 3 și mai mulți ani, deoarece astfel nu ar fi reușit transferul. Tratamentul era dificil și din cauză că trebuia des să acționăm în sens invers de poziția părinților. Relațiile directe stabilite între noi și copii le-au permis să-și recapete o anumită încredere în ei înșiși. Aceste ședințe decurgeau anevoios și din motivul că în unele cazuri trebuia să ne prezentăm buni iar în altele autoritari.

În situații cînd erau prezenți și părinții noi am trebuit să formulăm acuzațiile în locul copiilor dar de cele mai dese ori ei le exprimau singuri. O formă indirectă de psihoterapie a rîmas a fi jocul în cadrul căruia copiii își proiectau fantasmele ajutîndu-le să-și exprime sentimentele. În manipularea jucăriilor ei își exteriorizau impulsurile agresive iar în grupuri ei retrăiau situații cu care erau confruntați acasă. Deseori ei se identificau cu ceilalți membri și grupului.

Scanned with OKEN Scanner

Însă comunicarea verbală rămîne a fi cea mai importantă cînd copiii spontan își relatau evenimentele, visele.

Relația terapeutică în pedopsihiatrie contribuții personale

Adriana Panaitescu

Spitalul Universitar de Psihiatrie "SOCOLA" Iași

Calitatea relației ce se stabilește cu copilul joacă un rol fundamental, oricare ar fi tratamentul hotărât. "Relația terapeutică" nu este rezervată tratamentelor psihoterapice, ci este o condiție a reușitei oricărei intervenții terapeutice sau educative.

Desigur, fiecare medic are maniera sa de a intra in relație cu copilul. Pentru ca aceasta să fie terapeutică, practica demonstrează câteva condiții:

o mare disponibilitate, mai ales ca o dispoziție psihică care să permită copilului să simtă că într-adevăr, ești cu el pentru a-l înțelege, pentru a comunica.

absența oricărui apriori: copilul vine să ne transmită ceva despre el, nu trebuie să-i dăm impresia că îl cunoaștem (ceea ce ar fi eronat!), chiar dacă avem o relație detaliată despre el, furnizată de părinți. Nu trebuie să se confunde discursul părinților cu realitatea copilului!

dorința de a înțelege, înaintea celei de a vindeca (este aici fără îndoială, unul dintre aspectele cele mai dificile și paradoxale ale "relației terapeutice").

Scanned with OKEN Scanner

Grija de a vindeca nu trebuie să lipsească dar, după expresia lui D.W. WINNICOTT, esențialul procesului de vindecare vine din interiorul copilului. Terapeutul trebuie să-și propună să-i ofere mijloacele de a se vindeca prin el însuși.

Voința de a vindeca cu orice preț, este ambiguă: a vrea să suprimi simptomele poate răspunde dorinței celuilalt (părinte, educator) sau dorinței terapeutului de a verifica o teorie, un medicament, de a-și demonstra, sie și lumii, calitatea profesională; toate aceste vajnice intenții sunt în detrimentul pacientului.

Este evident desigur, că o tehnică terapeutică trebuie dovedită prin rezultatele pe care le dă, dar aceasta ar trebui să se facă în sens invers uzanțelor ce ignora Relația cu pacientul.

capacitatea de a analiza propriile atitudini, propriile sentimente, pentru a proteja relația de ceea ce terapeutul ar putea proiecta asupra acesteia, ecranând accesul spre sufletul copilului.

capacitatea de a te identifica cu copilul, fără a-ți pierde identitatea în acest proces (disponibilitate dependentă de empatie).***

Toate aceste calități permit copilului, în cadrul consultației terapeutice, să ia cunoștință de unele aspecte esențiale despre sine și să-și mobilizeze pozițiile inconștiente, care, adesea, determină vindecarea, fără altă intervenție.

Scanned with OKEN Scanner

D.W. WINNICOTT scria: "Este în fond, inutil, chiar imposibil, să prescrii fiecărui copil un tratament analitic. Adesea terapeutul este în dificultate când încearcă să-și aplice cunoștințele în psihiatria copilului. Mi-am dat seama că utilizând toate datele unei prime întrevederi eram în măsură să răspund cererilor a numeroase cazuri".

Intervenția psihoterapeutică cognitiv-comportamentală în conștientizarea și corectarea tulburărilor de conduită la adolescent

Antoaneta Zamfirache, P. Boișteanu, Cornelia Singher

Universitatea de Medicină și Farmacie "Gr.T.Popa" Iași Spitalul Universitar de Psihiatrie "SOCOLA" Iași

Există mai multe definiții ale acestei perioade în evoluția ființei umane, care pornesc de la cronologie la diverse aspecte ale trecerii de la pubertate la adolescență și apoi la tinerețea adultă. Ne vom opri la convergența a trei factori fundamentali care marchează perioada adolescenței și care oferă posibilitatea compunerii unui tablou complet și cuprinzător al evenimentelor ce caracterizează trecerea de la copilărie la vîrsta adultă:

* o creștere accelerată staturală însoțită de semne evidente;

Scanned with OKEN Scanner

* transformări importante care se produc și care sînt deosebit de interesante pentru organism și persoană datorită eclectismului și diversității lor;
* o mare variabilitate interindividuală: viteza creșterii și momentul vîrstei cînd au loc aceste schimbări care variază de la individ la individ; în timpul adolescenței, dezvoltarea nu are loc uniform la toți adolescenții, nici în același ritm în toate sectoarele dezvoltării: fizică, intelectuală, socio-afectivă. Aceste forme variabile sînt inerente unei dezvoltări normale.

Consecințele maturizării pubertare

În centrul perioadei adolescenței, problema identității nu poate fi elucidată ca subiect fără a se face referire la corp. În cursul pubertății, corpul copilului suferă modificări morfologice în funcționarea sa și în aspectul său general; În scurt timp, aproximativ patru ani, el devine un corp adult maturizat din punct de vedere sexual. Adolescentul trebuie să se adapteze acestor schimbări, el realizează imaginea corpului său aflat în transformare, asimilează identitatea genului său - masculin sau feminin - și avansează pe drumul sexualității genitale adulte.

Marea majoritate a adolescenților reușesc să conștientizeze perturbările psihologice majore; alții nu pot să suporte incertitudinile, angoasele și îndoielile. În același timp, maturizarea corporală pubertară înclină adolescentul către intimitatea sa corporală, el caută în egală măsură posibilitatea de a se cunoaște pe dine însîși, felul

Scanned with OKEN Scanner

în care este perceput de către părinți, prieteni, colegi, anturaj etc. Adaptarea la noua sa funcționalitate corporală oferă posibilitatea definitivării clare a apartenenței la sexul căruia îi aparține.

Gîndirea adolescentului

Gîndirea, după J.Piaget, corespunde achizițiilor structurilor formale/logice care caracterizează stadiul acestor acumulări cognitive. După B.Inhelder și J.Piaget, cînd se atinge stadiul gîndirii formale - între 11-12 ani și 14-15 ani, se operează o inversare a realului și posibilului, în sensul că poate exista nu numai real ci și posibilul; apar operațiile formale, ipotezele, raționamentele logico-deductive, abstractizarea, flexibilitatea gîndirii: transformare, negare, reciprocitate.

Din cele constatate de Piaget, binecunoscute aspecte ale acestei perioade și mult vehiculate în literatura de specialitate, unele dintre ele fiind folosite și ca metode de interferență a psihologicului în cadrul acestei evoluții, aspecte pe care nu le vom relua aici. Vom aminti doar influențele pozitive sînt oferite de mediul familial al adolescentului (microcosmosul).

Evoluția gîndirii adolescentului oferă posibilitatea metacogniției (fiecare dispune de propriile sale procese mintale) și a gîndirii recursive (gîndesc, gîndesc despre altul, el gîndește, ei gîndesc etc). Aceste două aspecte ale gîndirii reflectă înclinația adolescentului către introspecție, ruminații, reverie și se manifestă printr-o con-

Scanned with OKEN Scanner

strucție de forme elaborate despre sine și despre alții, în sensul că sînt persoane bine diferențiate prin ideile lor, prin trăsăturile personalitării, emoții, nehotărîri, contradicții. Această evoluție a concepției despre sine și despre alții oferă argumente care impun revendicarea autonomiei, egalității și reciprocității care alimentează toate conflictele adolescentului cu anturajul său.

Gândirea adolescentului se distinge de cea a copilului prin tentativele care-l determină să caute sensuri ale aspectelor concrete ce alcătuiesc lumea, îmbogățindu-ți contactele cu grupuri noi și instituții (macrocosmos). Întebările în legătură cu "a ști" devin vaste: investirea în dragoste și prietenie pe plan emoțional, în societate, justiție, morală. Bineînțeles, nu toți adolescenții își construiesc teorii originale; la aceasta concurează mediul de proveniență, sistemul cultural, mas-media etc. Pentru prima data, sub o formă mult mai complexă, adolescenții își pun problema vieții și a morții.

Complexitatea acestei perioade de vîrstă este determinată de fenomenul unei conștientizâri a antinomiei viață-moarte, de concretizare a existenței și după opinia noastră de o anxietate ereditară, funcuară. Pornind de la celebra sintagmă a lui C.G.Jung, cea a "subconștientului colectiv", am realizat faptul că fiecare personalitate umană are în structura sa un "subconțtient anxios" care, în impacturi sau situații particulare, se manifestă în diverse forme, cunoscute ca stări de neliniște, teamă, angoasă, iritabilitate, anxietate (ca formă de manifestare

Scanned with OKEN Scanner

specifică, de criză, într-o situație dată și nu, ci doar porni din "subconștientul anxios" sau "anxietatea subconștientă"), depresie, enumerarea putînd continua cu totalitatea bolilor psihiatrice. Deci, anxietatea ar fi baza de pornire a manifestărilor cu determinanță situațională specifică. Antinomia viață-moarte și în special devenirea conștientă a faptului că viața este consacrată morții, produce fenomenul pe care l-am menționat anterior.

Ncunoașterea a ceea ce este "dincolo" de viață a preocupat și preocupă și în zilele noastre mare parte din activitatea de creație psihologică, filozofică și literară. Propunem, deci, o sintagmă nouă, cea de "anxietate subconștientă evolutivă", transmisă ereditar.

Sociabilizarea asolescentului

Tranziția de la etapa dependenței infantile la etapa autonomiei afective și sociale adulte este conștientizată, anterior, în contextul familiei. În acest context, psihanaliza prin Anna Freud marchează criza adolescenței declanșată de trezirea pulsiunilor care determină maturizarea sexuală; toate aceste transformări repetă perioada infantilă oedipiană. Perturbațiile și inadaptările tranzitorii ale adolescenței sînt rezultatul conflictului între un CINE relativ forte și o individualitate relativ slabă, apreciate ca normale și necesare în același timp, pentru o dezvoltare ulterioară echilibrată.

Ieșirea din criză este marcată de abandonul identificării cu imaginea părinților, de elaborare de noi mecanis-

Scanned with OKEN Scanner

me de adaptare, apărare și de o reorientare a activității autonome care oscilează între alții și o diversitate de relații cu alții. Adolescentul, în căutarea propriei identități și a autonomiei, nu de cele mai multe ori intră în conflict cu părinții care, de asemenea, își exprimă propriile puncte de vedere, expresia afectelor și a rolului pe care îl dețin.este aspecte îmbracă permanent forme dramatice, dar fac obiectul, nu de puține ori, practicii clinicienilor.În timp ce relațiile cu familia sînt în schimbare, adolescentul se deschide către lume - prietenii ocupă un loc aparte și deosebit de important în evoluția lor. Grupurile de prieteni și amici de aceeași vîrstă, în această perioadă, constituie agenți de socializare care vin de cele mai multe ori să se opună normelor grupului familial.

Alt agent sociabilizant, școala, creează pe de o parte condiții propice constituirii și funcționării grupului de pieteni, iar pe de altă parte, stimulează sau devine stimulativă în confruntările cu statutul adulților.

Problema identității

Identitatea reprezintă o problemă majoră a acestei perioade: adolescentul asimilează și integrează în reprezentările sale ansamblul de schimbări fizice, psihice, logice și relaționale; el dorește foarte mult să se insereze într-o perspectivă temporală personalizată; el se recunoaște într-un timp care este al său (căruia îi aparține) și care-i oferă certitudinea continuității de sine, posedînd conștiința

Scanned with OKEN Scanner

caracterului trnzitoriu al prezentului, raportîndu-se la viitorul pe care încearcă să-l construiască.

Sistemul relațional al adolescentului oscilează între determinări care structurează:

* un microcosmos: familia, vecinii, prietenii, amicii de compun vecinătatea, grupul mic, școala;
* un macrocosmos: preocupările extrașcolare, comportamentul sentimental-sexual, profesorii (posibile modele), instituțiile (biblioteca, sistemul de guvernare, poliția, biserica, organizațiile de diverse forme ș.a.), mass-media (ziare, reviste, radio-TV etc), instituțiile de constrîngere (școlile de corecție, arestul provizoriu, penitenciarele), instituțiile academice de arte (teatrul, opera, centrele culturale de diverse orientări) și științifice (sistemele computerizate, școlile superioare, facultatea), universul.

La nivelul fiecărei structuri există posibilitatea apariției unor disfuncționalități care, pe fondul restructurărilor ce caracterizează această perioadă de vîrstă acționează istorsionant în voluția adolescentului determinînd anumite tulburări care se intersectează, devenind tangențiale sferei patologicului sau chiar se înscriu, pentru o anumită perioadă, în această sferă. Adresabilitatea la instituția de profil din partea familiei, școlii, reprezentanților anumitor intituții care vizează aceste tulburări, reprezintă a dimensiune fundamentală care se înscrie în cadrul problematicii multiple întîlnite în perimetrul preocupărilor științifice ale spitalului de psihiatrie (clinica "Psihopatologia adolescentului"), cu nuanțe și consecințe deosebite.

Scanned with OKEN Scanner

O tentativă de intervenție psihoterapeutică o reprezintă terapia cognitiv-comportamentală care vizează, după un demers analitic și autoanalitic, înțelegerea și conștientizarea de către adolescent a stărilor pe care le traversează. Mobilizarea adolescentului către acțiuni cu mare șansă de reușși, cu rezultatul unor trăiri afective secundare agreabile (succes, reușită, împlinire), în scopul redobîndirii stimei față de sine, a valorizării personale, a sentimentului fundamental de încredere.

Terapia cognitivă pleacă de la ipoteza potrivit căreia majoritatea trăirilor noastre negative (tristețe, depresie, neliniște/angoasă), culpabilitate, furie, anxietate, sentimente de inferioritate - pe fondul anxietății subconștiente colective și pe care am introdus-o în discuție), sînt generate și amplificate de o atitudine nerealistă, de percepție distorsionată a informațiilor care ne parvin, accentuîndu-le caracterul negativ și care sînt întreținute de un monolog interior nepotrivit.

În viziunea lui Beck, cogniția (pe care o structurează în anii '60), reprezintă întregul conținut al gîndirii, precum și procesele psihologice care subliniază acest conținut asociind conceptele cheie ale cogniției și comportamentului; relația cauză-efect între subsindromul cognitiv și cel afectiv. Tulburările cognitive au ca bază reactivitatea unor structuri depresogene achiziționate încă din copilărie.

Instrumentul care ne-a ajutat la o restructurare cognitivă cu rezonanțe comportamentale și stabilirea unui

Scanned with OKEN Scanner

echilibru ideo-afectiv este prezentat sub formă desfișurată la nivelul unui caz semnificativ.

Jurnalul stărilor sufletești

1. Împrejurările indispoziției mele. . . .
2. Sentimentele mele negative. Exemplu: trist, neliniștit, furios etc și intensitatea lor pe o scară de la 1 la 100

	Mă simt	
	Intensitate	
3.Gînduri automate cotate de la 1 la 100 după credit	4. Deformările prezente în gîndurile automate	Alternativele raționale corelate de la 1 la 100 după credibilitate

5. Reevaluez: cota gîndurilor automate (3); intensitatea gîndurilor negative(2).

Exemplu: A.B., 17 ani; diagnostic:stare depresivă reactivă în context situațional.

1. Azi dimineață mama s-a dus la servicu; deci, cînd voi ajunge acasă o voi găsi. Bineînțeles că-mi va spune ceva, mă voi enerva, ne vom "certa urît de tot" și îmi va merge ... bine, tot restul zilei.
2. Mă simt:agitată (50%), înfricoșată (10%).
3. Nu mă mai duc acasă! Dar unde să mă duc?
4. Radicalizez și deformez selectiv situația și relația pe care o traversez cu mama.

Scanned with OKEN Scanner

Alternative raționale. Mă duc acasă! Încerc să fiu cît de cît bine dispusă sau cel puțin să par bine dispusă. Niciodată nu se știe! Poate reușesc să-i transfer starea mea și mamei și totul va fi bine.

5. Cota gîndurilor mele automate și intensitatea gîndurilor mele negative exprimă un procent de 10% ceea ce înseamnă că sînt mult mai liniștită.

*

1. Mă trezesc dimineața și observ că soarele răsare, păsărelele ciripesc; ies în balcon si văd oameni plecînd la lucru; pe scurt, îmi dau seama că lumea nu s-a sfîrșit astă-noapte și nici nu întrvăd nici o speranță în acest sens.

2. Mă simt: dezamăgită (55%), deprimată (25%), revoltată (20%).

3. Gîndurile mele automate:sinucidere (modalități de realizare a acestui act diferă de la o zi la alta; sînt o fire inventivă).

4. Radicalizez (80%), deformez selectiv (10%), mă emoționez (10%).

Alternative raționale: "la o carte!"; "Pune mîna pe telefon și sună la un prieten"; "Du-te la un film!".

5. Reevaluînd, gîndurile mele automate și intensitatea gîndurilor mele negative, realizez inutilitatea acestora și faptul că mă dezechilibrează.

*

1. Iau cina împreună cu unchiul meu și familia acestuia în cel mai luxos restaurant din orașul în care locuiește el. Îmi

amintesc de vremea cînd puteam face același lucru împreună cu propria mea familie (cu aproximativ 10 ani în urmă).
2.Mă simt:tristă și nefericită (60%), nedreptățită (30%), invidioasă (10%).
3. Gîndurile mele automate:"Să-i întreb: de unde știți că peste 10 ani veți fi la fel de fericiți? De unde știți că-i veți putea oferi fetiței voastre aceleași lucruri?" și mai ales: "Cum vă permiteți să-i creați o asemenea imagine, a unei vieți fără griji materiale, a unei vieți în care o să i se oefere întotdeauna totul? Ce va face ea atunci cînd se va trezi brusc fără ceea ce nu are azi?".
4. Deformez selectiv (30%), indiferența (30%), emotivitatea (20%), personalizarea (20%).

Alternative raționale

Acești părinți își iubesc copilul și de aceea îi oferă tot ceea ce-și pot permite "azi"; ce va fi mîine nu se știe dar ei nu-l pot lipsi pe propriul copil de anumite lucruri doar pentru a-l pregăti pentru vremuri mai grele, vremuri care poate nu vor veni niciodată. Ceea ce mi se întîmplă mie și familiei mele nu trebuie neapărat să li se întîmple și lor.
5. Reevaluînd gîndurile mele automate și intensitatea gîndurilor mele negative simt că-mi pot stăpîni iraționalitatea care-mi chinuie gîndurile și mi se pare inutil și obositor că am gîndit așa la un moment dat.

*

Scanned with OKEN Scanner

1. "Nu am prieteni! Nu sînt capabil să mă integrez într-un grup!".
2. Mă simt: părăsită (70%), lipsită de importanță (30%).
3. Gînduri automate:"Lumea mă ignoră; ignor și eu lumea. Dacă oamenii nu au nevoie de mine și nu mă prețuiesc, am să le demonstrez că nici eu nu am nevoie de ei, că mă pot lipsi de așa-zisa "comunitate".
4. Radicalizez (40%), indiferența (30%), autodepreciere (30%).

Alternative raționale: "Trebuie să văd ceea ce este mai bun în fiecare persoană, ceea ce are mai bune! Trebuie să le acord celor din jur șansa de a mă cunoaște și ei mai bine".

5. Reevaluînd gîndurile mele automate și intensitatea gîndurilor mele negative îmi dau seama că mă simt echilibrată și dornică de colaborare. Am să mă străduiesc.

Intervenția psihoterapeutică s-a desfășurat pe o perioadă de trei luni în care am desfășurat un număr de 50 ședințe; cele patru momente (care reliefează cîteva aspecte ale unui caz), au fost selectate pentru a puncta modalitățile de restructurare cognitiv-comportamentală, ca urmare a dezechilibrului ideo-afectiv care domină, la un moment dat, viața și activitatea unuia dintre adolescenții integrați în programul psihoterapeutic.

Exercițiul sistematic desfășurat pe baza planului elaborat și cu instrumentual prezentat, a permis, în final, obținerea unui echilibru ideo-afectiv prin conștientizarea pulsiunilor perturbatoare și o cenzurare conștientă a acestora. S-a permis, astfel, o integrare familială și socială co-

Scanned with OKEN Scanner

respunzătoare; la aceasta, stima față desine, sentimentul fundamental de încredere și acceptarea situației familiale a fost evidentă. Adolescenții au fost conduși progresiv spre reconsiderarea concepției despre sine.

Intervenția psihoterapeutică utilizată a cuprins un număr de 35 cazuri. Cazuistica a fost eșalonată în timp pe o perioadă de trei luni și împărțită în două grupuri mixte 12 și respectiv, 13 adolescenți.

Psihodrama de grup la adolescență după doi ani de experiență personală

Adriana Panaitescu

Spitalul Universitar de Psihiatrie "SOCOLA" Iași

Alegerea psihodramei ca practică terapeutică de grup la Adolescență, presupune utilizarea mijloacelor de care dispune Adolescentul pentru a-și afirma singularitatea și starea afectivă originară, căreia îi descoperă astfel, întreaga realitate și întindere.

Am propus această modalitate de intervenție psihoterapeutică tinerilor ce s-au adresat sau care au fost aduși de părinți, pentru dificultăți relaționale, adaptative și emoționale (inclusiv conduitelor addictive și celor cu tentative suicidare).

Schematic, ședințele terapeutice au constat în reunirea, de obicei bisăptămânală, timp de o oră, a unui grup de adolescenți.

Scanned with OKEN Scanner

Au fost prezentate câteva consemne "scurte": se va "juca" o temă propusă de unul dintre participanți sau elaborată împreună, va fi ales un rol (pentru că toată lumea "joacă", inclusiv terapeutul). După joc (nu întotdeauna) urma un timp rezervat unei interpretări, pe cât posibil, fiecare participant fiind invitat să reflecteze.

Câteva constante ale acestei tehnici pot fi amintite:

- dimensiunea grupului,
- dramatizarea,
- suplețea mecanismelor de apărare și dezvoltarea capacității de a gândi.

Grupul nu permite intenții în privința destinului individual, care rîmâne o expectație și nu o realizare! A juca este deja o analiză, nu se joacă cu scopul de a analiza!

Psihodrama de grup se dovedește a fi nu o ficțiune, nici o capacitate suplimentară de a schimba roluri, ci instaurarea unui spațiu între ficțiune și realitate, spațiu în care este afirmată responsabilitatea de a fi în fața celuilalt și împreună cu celălalt.

Elaborarea în comun a unei scene de jucat, permite actualizarea unei situații de transfer, deschizându-se astfel o cale spre posibil și spre identificare.

Instaurarea și menținerea cadrului psihodramei, permite exersarea capacității de interpretare, conștientizarea unei problematici reale, personale și comune.

Alegerea deliberată de a participa a terapeutului, se demonstrează a fi o asigurare dată grupului asupra existenței unei destinații comune.

Scanned with OKEN Scanner

Simbolistica jocului permite desfășurarea imperceptibilă a unui travaliu de aflare a unor soluții personale, de clarificare a unor întrebări și dileme, născute din noile poziții în relația cu ceilalți și cu sine.

Spre deosebire de psihoterapiile individuale, jocul forțelor psihice, antrenate în grup, respectă intimitatea, nevoia de discreție și orgoliul hipertrofiat al adolescentului. Dorința sa de a-și găsi o cale originală este lăsată liberă sau "atingerea" acestei dorințe este imperceptibilă, misterioasă.

În funcție de maniera în care această situație va fi trăită, subiectul va fi capabil să se orienteze în mod autonom în alegerile și cofruntările personale.

Intervenția realizată nu a intenționat combaterea crizei adolescentine, nici "îngrijirea" ei medicală ci, mai degrabă, acompanierea și acceptarea acesteia. WINNICOTT susținea că nu există un tratament mai bun pentru imaturitatea adolescentului decât trecerea timpului.

Psihodrama propusă adolescenților ce-au trecut prin secția noastră nu și-a propus să fie mai mult decât o tovărîșie afectuoasă și înțelegătoare pe un drum tumultuos, uneori insuportabil.

Sursa rezultatelor nebănuite sau doar visate se află în disponibilitatea fiecărei persoane de a evolua, de a se confrunta cu sine și cu elementele istoriei personale, de a fi sensibil la amprentele constructive ale destinului individual.

Scanned with OKEN Scanner

Proiect privind servicii de psihoterapie, consiliere și asitență socială pentru pacienții de vârsta a treia aflați în centrul Alzheimer al Spitalului "Socola" Iași

Gabriel Crumpei, Silvia Firicel, Lacramioara Farcasel

Spitalul Univ. de Psihiatrie "Socola" Iasi -Centrul Alzheimer

Proiectul este realizat de Societatea Alzheimer - Filiala Iași împreuna cu Centrul Alzheimer al Spitalului Universitar de Psihiatrie "Socola" Iași și Societatea Alzheimer București. Proiectul își propune creșterea calității vieții pentru 20 de bătrâni cu tulburari cognitive degradative, prin oferirea de servicii medicale, psihosociale si religioase pentru recuperarea capacităților de relaționare sociala și familiala, precum și susținerea familiilor în vederea îngrijirii batrânilor în mediul familial și evitarea abandonurilor.

OBIECTIVELE PROIECTULUI

Proiectul își propune cresterea calității vieții bolnavilor cu tulburari degradative cognitive prin oferirea de servicii medicale și psihosociale în ambulator si la domiciliu, precum și prin acordarea unui sprijin calificat familiilor pentru a crea condițiile ca bătrânii cu astfel de probleme sa fie îngrijiti cât mai mult timp posibil în mediul lor familial ca premiza a unei eficiente maxime a tratamentului obtinuta cu cheltuieli minime.

Scanned with OKEN Scanner

DESCRIEREA PROIECTULUI

Proiectul presupune urmatoarele componente:

1. Servicii medicale, psihopedagogice speciale si de asistența sociala oferite pacientilor cu accent pe psihoterapie și tehnici de stimulare senzorio-cognitiva oferite ambulator și la domiciliul pacienților.

2. Sustinerea familiilor pacientilor prin psihoterapie de familie și acțiuni de formare si informare a acestora în vederea îngrijirii pacientului în mediul familial si evitare abandonarii bolnavului.

Crearea unui grup de suport din rândul membrilor femeilor pentru sprijinirea bolnavilor cu astfel de probleme si a familiilor lor.

3. Construirea unei strategii de cooperare si consultanta între familiile pacientilor și institutiile guvernamentale și neguvernamentale implicate în asistenta batrânilor în vederea perfectionarii și dezvoltarii serviciilor oferite de acestea.

ACTIVITATILE PLANIFICATE

1. Servicii medicale, psihopedagogice si de asistenta sociala oferite pacientilor.

a. consultatii medicale ambulatorii oferite la Centrul Alzheimer;

b. consultații medicale la domiciliu;

c. psihoterapie suportiva individuala și de grup cu pacienții;

Scanned with OKEN Scanner

- psihopedagogie speciala de stimulare senzorio-cognitiva pentru pacienti;

d. activitate de asistență sociala și reinserție familiala și comunitara pentru pacienți;

e. asistența spiritual-religioasa;

2. Servicii oferite familiilor pacienților:

a. - psihoterapia familiei;

- psihoterapie individuala si de grup cu membrii familiilor;

b. – susținerea familiei pacientului prin:

- internari temporare și tratament în cazul agravării stării bolnavului;

- spitalizari de zi, de noapte sau de week-end pentru refacerea si recreerea familiei sau când aceasta este indisponibila din motive obiective (aceasta activitate se va realiza în colaborare cu Centrul Alzheimer din cadrul Spitalului Universitar "Socola" - Iasi);

c. - crearea unui grup de suport format din membrii familiilor care să sustina apoi familiile cu astfel de bolnavi, sa continue activitatea proiectului și dupa încetarea lui, fiind în acelasi timp și un grup de presiune în apararea intereselor acestor bolnavi cât si în cointeresarea organizatiilor guvernamentale în perfectionarea si dezvoltarea serviciilor oferite.

Scanned with OKEN Scanner

REZULTATE PRECONIZATE

1. Formarea unei baze de date privind situația medicala, sociala și familiala a fiecărui pacient din grupul ținta;
2. Îmbunatatirea performantelor cognitive și autonomiei individuale a pacientilor cât și o mai buna integrare sociala și familiala.
3. Dezvoltarea unei atitudini de întelegere și cooperare în rândul familiilor cu acceptarea bolnavilor și problemelor pe care le presupun;
4. Îngrijirea pacientilor în mediul familial și evitarea abandonului;
5. Formarea unui grup de suport din rândul membrilor familiilor cu rol în sustinerea familiilor aflate în aceeasi situație si rol de grup de presiune si sensibilizare a institutiilor guvernamentale si autoritatilor locale fata de problemele batrânilor;
6. Realizarea de colaborari cu organizații similare naționale și internaționale, cu autoritățile locale și instituții guvernamentale în vederea dezvoltarii serviciilor oferite și obținerea de surse de finanțare pentru continuarea proiectului.

Scanned with OKEN Scanner

Cu privire la psihoterapia familială în stările nevrotice

U.N. Oprea, Gh. Cărăușu, M. Revenco

Universitatea de Stat de Medicină și Farmacie

"N.Testemițeanu" - Chișinău

Particularitățile situațiilor psihotraumatizante, durata lor și caracterul dificil al rezolvării lor în cazul unor anumite personalități prezintă o mare importanță în apariția formelor persistente ale tulburărilor psihogene. Situațiile complexe, greu de rezolvat, imposibilitatea pentru bolnavi de a ieși din ele, favorizează existența simptomatologiei nevrotice și complexificarea dinamicii ei. Cu cît este mai înalt gradul de implicare a peronalității în complexul psihologic și mai plin de semnificație caracterul situațiilor psihotraumatizante, cu atît este crescută probabilitatea trecerii nevrozei într-o evoluție prelungită.

În observațiile noastre o importanță deosebită am acordat psihoterapiei familiei. Interesul față de ea a fost condiționat de rolul familiei în declanșarea stărilor nevrotice. Aceste conflicte maritale servesc ca sursă a problemelor nevrotice ale unuia sau ambilor soți. De obicei am cerut cuplului și nu unuia dintre soți să declare dificultățile pe care ei ar dori să le rezolve.

Scopul prezentei lucrări a constat în ameliorarea problemelor care au produs manifestările nevrotice ale pacienților.

Scanned with OKEN Scanner

S-au folosit forme de psihoterapie preocupate în principal atît de evenimente trecute cît și de evenimente prezente.

Ne-am concentrat lucrul mai mult asupra situației prezente a familiei și examinarea modului de comunicare a membrilor e.

Pe parcursul psihoterapiei am orientat acțiunile noastre în vederea obținerii unor modificări ale corelațiilor de ansamblu și de condiționarea reciprocă constituite în familie care s-au demonstrat a avea o legătură semnificativă cu boala. Conflictele între soți, părinți și copii s-au rezolvat prin modificarea corelațiilor interpersonale.

În total am efectuat 15-20 de ședințe predominant săptîmînal ca să permitem familiei să rezolve problemele dicutate. Adeseori includeam și unul dintre copii.

Fiecare conflict s-a analizat luînd în considerație istoria familiei, experiența ei anterioară, particularitățile psihologice ale membrilor săi.

În cadrul ședințelor membrii familiei se așezau singuri, alegîndu-și pozițiile distanțate.

De la bun început familia era invitată să motiveze solicitarea terapiei.

Psihoterapia familială a fost orientată la rezolvarea conflictelor prin restructurarea relațiilor familiale dereglate. De asemenea, această formă de psihoterapie se prezintă și la o metodă de profilaxie primară a tulburărilor nevrotice, profilaxia recidivelor.

Scanned with OKEN Scanner

S-au folosit psihodramele cînd acei membri ai familiei care întîmpinau dificultăți erau puți să stabilească între ei o relație iar ceilalți participau la această ședință.

Ne-am bazat mult pe interpretare, deasemenea pe postulate, că problemele curente într-o familie își au originea în experiențele trecute ale membrilor familiei precum și evidențierea ideilor lor inconștiente. Scopul acestui tip de tratament a constat în ajutorarea membrilor familiei să-și înțeleagă nevoile sale emoționale. Am constatat relația dintre parteneri și felul în care aceasta reflectă experiența din copilărie a fiecăruia dintre ei.

În final, membrii familiei vor conștientiza faptul că relațiile familiale îi implică pe fiecare dintre ei, că dificultățile unui membru a familiei sînt dificultățile tuturor.

Psihoterapia sugestivă în insomnie

N. Vlad, Lenuș Gurguță

Spitalul de Psihiatrie Botoșani

1. Aspecte psihologice ale insomniacului

Insomnia este o suferință frecvent întîlnită în practica medicală. Durata somnului diferă de la un individ la altul și este în funcție de vîrstă (copiii dorm mai mult, adulții în jur de 8 ore).

Somnul este dependent în mare măsură de particularitățile psihoindividuale. Unii adulți dorm mai mult, alții mai

Scanned with OKEN Scanner

puțin, fără ca aceasta să conducă la consecințele psihosomatice. Dacă însă unii oameni s-au obișnuit să doarmă 8 ore și somnul se reduce, apare drept consecință neliniștea în legătură cu starea de sănătate. Se produc astfel, treptat, perturbări psihice, anxietatea putînd da cefalee psihogenă care, la rîndul ei, accentuează și mai mult temerile subiectului. Se creează un cerc vicios. Cu cît încerci să dormi mai mult, cu atît rîmîi mai treaz iar anxietatea va deveni și mai mare.

În general, putem spune că principalele cauze ale insomniilor sînt: 1) tulburări psihice; 2) durerea și disconfortul; 3) stările febrile; 40 boli organice ale creierului.

Pentru ultimile 3 situații insomnia se tratează odată cu terapia bolii fundamentale.

Ne vom referi însă la psihoterapia insomniei cu etiologie psihică.

J.Hartland sfătuiește să se răspundă întîi la următoarele întrebări:

1) Care este cauza precisă a stării de lipsă de somn?
2) Ce îl ține pe pacient treaz?

Pacientul se poate plînge că nu doarme sau că are somnul întrerupt și că de la ora 3-4 dimineața nu mai poate dormi. Sau pacientul se poate plînge că nu poate dormi din cauza unei încărcături hiperanxioase (cea mai mare parte a insomniilor). Lipsa de somn mai poate fi cauzată de habitudinea de a se îngrijora excesiv. Preocupările de a se îngrijora de evenimentele din cursul zilei îl obsedează și nu mai poate dormi.

Scanned with OKEN Scanner

În general, insomniacii dorm mai mult decît cred ei, dar nu se pot convinge de aceasta. Este obișnuit la aceștia formula "nu am închis ochii toată noaptea", dar în realitate trezindu-se o oră în cursul nopții, li se pare că nu au dormit 2-3 ore. Perioadele de somn li se par la acești subiecți așa de nesemnificative încît le scapă din vedere. În alte cazuri somnul este agitat, cu vise terifiante, la trezire subiectul fiind obosit. Există și cazuri cînd insomnia este generată de fobia de somn (frica de coșmaruri, de moarte).

T.A.Ross consideră că una din cele mai importante funcții ale somnului se leagă de retragerea interesului. El arată că oamenii adorm adesea în biserică cînd predicile sînt monotone sau, mai rar, la teatru sau cinema.

Întotdeauna, Hartland, cînd inițiază terapia hipnotică la această categorie de pacienți, nu promite că somnul va fi restaurat complet și ușor. Este mai bine ca pacienții să creadă că tulburările de somn nu vor persista mult timp și că mai devreme sau mai tîrziu insomnia va dispare. De asemenea, este bine să i se spună că insomnia nu este nimic îngrozitor sau serios de grav. Același autor susține că la inițierea inducției hipnozei trebuie să se evite folosirea cuvîntului somn care se asociază negativ în mintea sa și să se utilizeze alți termeni ca oboseală, somnolență, relaxare.

2. **Conduita sugestoterapeutică în insomnii**

În general, se poate delimita o insomnie acută și una cronică. Cînd insomnia este acută și de scurtă durată hipnoza

Scanned with OKEN Scanner

este un remediu foarte bun prin abordarea directă a simptomului.ubiectul poate fi învățat să adoarmă la un stimul condiționat.

Cînd insomnia este cronică tratamentul este mult mai dificil, deoarece pacienții sînt agitați, tensionați, cu frica de a nu muri și, drept consecință, iau cantități mari de somnifere care treptat le scad efectele. La subiecții cu tulburări emoționale, de mare importanță este reasigurarea pacientului că treptat insomniile se vor reduce și vor dispare. Acești pacienți manifestă o rezistență mai mare la inducția și aprofundarea transei hipnotice, ei avînd dificultăți în a se relaxa. Cînd anxietatea se asociază cu depresia, dificultățile sînt și mai crescute, fiind necesar un tratament anxiolitic și antidepresiv înaintea începrii hipnoterapiei (Share, Hare ș.a.). Foarte des insomniacii se neliniștesc mult în pat. Ei caută remedii citind cărți pînă dimineața, trec la număratul oilor, fără succes. Este foarte util la această categorie de suferinzi să fie încurajați să facă exerciții fizice sistematice. De mare ajutor este să se culce în fiecare seară la aceeași oră.

3.**Unele procedee sugestive de abordare a insomniei**

Hartland începe psihoterapia cu interviul clinic, apoi în 3-4 ședințe induce o stare hipnotică cît mai profundă. La inducția hipnozei, autorul folosește doar cuvîntul "relaxare" în loc de "somn". După inducția hipnozei se trece la aplicarea unor sugestii de întărirea eului care vizează îndepărtarea tensiunilor și acomodarea cu ritualul intrării în

Scanned with OKEN Scanner

pat. Se administrează sugestii ca: "în urma acestui tratament. . . te vei simți mai relaxat și mai puțin încordat. . . în fiecare zi . . .cînd se apropie timpul de a intra în pat. . . te vei simți mai mult și mai mult plăcut obosit . . .vei intra în pat la aceeași oră în fiecare noapte. . .și cînd vei pune capul pe pernă. . . vei începe să te relaxezi . . .nu vei deveni neliniștit la gîndul dacă adormi sau nu . . . te vei concentra numai asupra trupului tău. . . și vei avea un simțămînt de greutate . . . și începi să simți trupul . . . greu ca de plumb. . . ca și cum te scufunzi în jos pe saltea . . tot mai profund și mai profund . . . ochii tăi se vor închise . . .și vei cădea într-un somn natural, sănătos. . . care va dura pînă la sfîrșitul nopți . . pînă se face ora obișnuită de trezire dimineața. . . Dacă într-o anumită cauză te trezești în cursul nopții . . . nu te vei neliniști. . . vei fixa ochii la un punct pe tavan . . .și te vei concentra pînă se produce aceeași relaxare, îngreunare . . . și în foarte scurt timp vei adormi din nou . . . noaptea vei avea o înclinație de a visa lucruri frumoase și plăcute . . . lucruri pe care ți le dorești . . . dar le vei putea gîndi mai bine în vis".

Autohipnoza învățată direct prin sugestieposthipnotică este de foarte mare valoare la această categorie de insomniaci:"Cînd tu ai pus capul pe pernă. . . și numeri încet pînă la 5. . . imediat ce tu ai ajuns la 5. . . ochii tăi se vor închise. . . și vei cădea într-un somn la fel de profund ca acesta.. . "

Dr.Jack Gibson propune o tehnică de relaxare profundă pentru combaterea pe calea sugestiei a insomniilor.

Scanned with OKEN Scanner

Autorul spune:"Cîteodată, cînd aveam și eu necazuri cu dormitul, obișnuiam să mă adorm spunînd un anumit lucru în timp ce inspiram și al lucru în timp ce expiram. Fiecare își poate alege diferite cuvinte, dar cele folosite de mine și care s-au dovedit eficiente au fost:"voi dormi" în timp ce inspiram și "trebuie să adormi" în timp ce expiram."

Din cercetările pe care le-a făcut H.J.Schultz prin tehnica antrenamentului autogen s-a putut evidenția că "insomnia poate fi tratată, așa cum este ea, independent de nevroza care stă la baza ei; într-adevăr, bolnavul, spiritual preocupat, nu reușește să adoarmă sau se trezește din cauza stărilor de tensiune anxioasă ce împiedică detașarea indispensabilă adormirii.

Enervarea, iritarea, întrețin tensiunea musculară și vigilența mentală, iar numai practicarea celor 6 exerciții standard este suficientă pentru a tranchiliza pacientul pentru a putea adormi. Autorul mai recomandă alături de exercițiile standard formulele intenționale ca:"este agreabil să adormi", "căldura mă adoarme".

4. **Cîteva cazuri asupra terapiei insomniei prin sugestie**

Nu credem că există hipnoterapeut să nu fi tratat insomnia cu mai mult sau mai puțin succes. Toți autorii menționați pînă acum au făcut studii metodologice și s-au ocupat și de insomniaci în diverse moduri.

P.Sacerdote (1967) în lucrarea "Induced dreams" (Vantage Press, 1967, New York) a prezentat cazul unei paciente de 46 de ani afectată de 3 ani de o gravă

Scanned with OKEN Scanner

insomnie, apărută în timp ce efectua un tratament psihanalitic, pentru a întreprinde ulterior o psihoterapie de grup față de care se prezenta foarte agresiv. S-a inițiat o psihoterapie hipnoanalitică bazată pe inducția de vise, cît mia străine pacientei. Treptat i s-a sugerat că visul devine mai clar în alte ședințe. La întîlnirile ulterioare s-au recoltat alte fragmente de vis pînă s-a produs priza de conștiință. Prin hipnoză s-au putut treptat exprima abreacții consecutive ale nevoii materne (mama pacientei decedase pe cînd pacienta avea 7 ani). Imaginea maternă a fost ulterior înlocuită cu imaginea unei surori mai în vîrstă, preferata tatălui care, ulterior, a decedat, de tînără, de cancer. Prin hipnoanaliză pacienta s-a eliberat de nevoile frustrante de dependență față de mamă și de sentimentul că era refuzată de soț, refuz corelat de senzația că nu va mai fi acceptată de tată. Eliberarea de sentimentul de culpabilitate s-a însoțit concomitent cu o dezvoltare a capacității de exprimare a talentului artistic, insomnia dispărînd definitiv ședințele au durat 8 luni, cîte o ședință pe săptîmînă.

Un caz de terapie hipnosugestivă îl prezintă I. Dafinoiu (1996) la un tînăr de 17 ani cu insomnie rebelă la tratament. Terapia a durat 6 ședințe. Autorul spune: "adoptînd o strategie paradoxală, am transformat simptomul într-o calitate: deși toată noaptea copilul stă cu ochii deschiși, sigur atunci cînd stă nemișcat el doarme. . . Pacientul s-a dovedit deosebit de sensibil la hipnoză".

Un alt caz de insomnie rebelă îl prezintă I.Holdevici și I.P.Vasilescu (1993). Rezultatele trainingului au-

togen și hipnozei la acest caz au fost limitate și, de aceea, a fost necesar să se folosească o tehnică paradoxală după modelul lui Haley (1988).

Pe lîngă alte cazuri cu insomnie acută generată de factori psihotraumatizanți, noi am tratat un caz de 21 de ani, student la matematică, cu insomnie cronică. Acesta, în adolescență, s-a intoxicat cu o ciupercă, intrînd în comă. După tratamentul medical de reechilibrare a dezvoltat o simptomatologie depresivă cu insomnie rebelă. Multiplele terapii psihiatrice nu au avut efect favorabil asupra somnului. A fost inclus, de aceea, într-un program de psihoterapie prin hipnoză. După trei ședințe, pacientul a intrat în stare somnambulică cu deschiderea spontană a ochilor. S-au mai efectuat încă 7 ședințe de hipnoză, somnul normalizîndu-se.

Scanned with OKEN Scanner

Tulburarea de stress postraumatică - Problematică diagnostică și terapeutică - prezentare de caz -

Rodica Enache, Camelia Puzdriac, Mihaela Chelariu, Cristina Ababei

Universitatea de Medicină și Farmacie "Gr.T.Popa" Iași - Spitalul Universitar de Psihiatrie "SOCOLA" Iași

Motto:

" Nu ceea ce ți se întâmplă este important ci felul cum reacționezi." (H. Selye)

Bolnava P.M., în vârstă de 46 de ani, casnică (a lucrat ca muncitoare la Cooperativa "Partizanul", Bacău de unde a intrat în șomaj în urmă cu 5 ani), mamă a trei copii, se reinternează în Clinica I Femei a Spitalului "Socola" Iași în condiții de urgență psihiatrică, pentru o simptomatologie de aspectul unei stări de agitație psihomotorie marcantă, caracterizată prin excitație neuropsihică crescută, comportament necontrolat cu tendințe hetero și autoagresive (își smulge părul de pe cap și hainele de pe ea), impresia de "nod în gât", logoree, delir incoerent pe tema bolii soțului, crize de râs și plâns. Această stare s-a conturat la scurt timp după aflarea veștii morții soțului.

Scanned with OKEN Scanner

Antecedente heredo-colaterale: nesemnificative.
Antecedente personale fiziologice: 3 nașteri dificile, ultima la vârsta de 41 de ani, toate finalizate prin secțiune cezariană, cu probleme de disgravidie precoce, tulburări de preclimax.

Ca antecedente personale patologice semnalăm: un traumatism cranio-cerebral necomoțional în 1991, în legătură cu care bolnava afirmă " mă mai doare și acum capul în locul lovit"; infecție severă de tract urinar pe fondul unei litiaze în septembrie 1997, infecție ce a necesitat internare; o internare în Spit. "Socola" cu durată de 3 săptămâni în octombrie 1997 pentru un episod asemănător celui deja descris (cu halucinații vizuale complexe și delir de persecuție).

Examinare somatică: tip constituțional picnic, tegumente palide, ușor deshidratate, palme și plante umede, cianotice, limba zmeurie. Importantă scădere în greutate în ultimele trei luni. Apetit alimentar mult diminuat ("nu pot mânca, parcă nu merge pe gât"), sensibilitate în epigastru și hipocondru drept la palpare profundă, ficat la 1 cm sub rebord, dentiție neîngrijită. Respirator, cardiovascular, urogenital în limite normale. Examinarea neurologică relevă hipoestezie la nivelul membrului inferior drept (în ciorap), reflexe rotuliene vii, simetrice, reflexe ahiliene diminuate bilateral, grimasă la manevra de comprimare a maselor musculare gambiene, ușoară dizartrie, tulburări de mers și dezorientare la întoarcerea la pat.

Scanned with OKEN Scanner

Examinarea psihică: primul contact se stabilește cu dificultate (manifestă dezinteres, suspiciune, vorbește cu ochii închiși), dar odată stabilită comunicarea, dialogul este dominat de pacientă care evocă un mod dezordonat și repetat evenimente din trecutul său îndepărtat. Este dificil de urmărit, povestirile sunt populate cu multe personaje (pe care pacienta le consideră cunoscute și nouă) și conțin multă informație redundantă. Vestimentația este neglijentă și igiena deficitară. Mimica uneori anxioasă, alteori hipermobilă și expresivă, concordantă cu modulațiile afectivității, gestualitate largă (pacienta păstrează totuși patul adoptând o poziție comodă, naturală). Orientată spațial auto și allopsihic prezintă totuși disabilități ale referirilor temporale.

După primele zile de internare, relația cu examinatorul devine stabilă. Cere cu insistență ajutor (" vreau să mă fac bine, să trăiesc"), vocea are tonalitate ridicată, încercând parcă să capteze nu numai întreaga atenție a interlocutorului ci și pe cea a anturajului. Mersul se menține lent, dezechilibrat, atipic. Intră adesea în conflict cu pacientele din salon. Prezintă iluzii auditive simple și, uneori vizuale. Hipoprosexie electivă, cu caracter tematic polarizată în jurul bolii soțului. Hipomnezie pe memoria recentă și îndepărtată cu nesiguranța prezentării dominant a reperelor temporale, pseudoreminiscențe (" trebuie să-mi aducă băiatul să-l alăptez"), confabulații mnestice cu conținut fantastic amnezie electivă pentru episodul morții soțului (chiar cu fotografia soțului mort în mână, neagă

Scanned with OKEN Scanner

participarea la acest eveniment). Răspunsul la întrebări este lent, apare după o perioadă de latență, (aparent o pauză de gândire) dar este parazitat de divagații nerelevante și de amînunte nerelevante sau chiar necontextuale. Bunăvoință disproporționată față posibilități și de ideația dominantă ("ajutați-mă, vă rog!", "cine știe unde mă duceți ca să mor"), incoerență, idei delirante nesistematizate cu tematică micromanică (de persecuție și influență), centrate pe relația cu soțul și copilul minor ("copilul cel mic dă jucăriile la toată lumea și cine știe ce-l fac ceilalți și el aduce răul în casă"). Sugestibilitate, ecolalie. Scrisul se caracterizează prin litere mari, inegale, distribuție ascendentă, rânduri suprapuse, extrem de încărcat. Dispoziție constant neplăcută, de mare intensitate, sentimente de inutilitate și autodepreciere ("ce mă fac eu fără Ion? Nu pot să fac ce făcea el. El aducea bani în casă."). Atacuri de panică. Egocentrism și imaturitate. Insomnii de tip mixt cu somn superficial și neodihnitor, treziri frecvente, pricinuite de ("vise chinuitoare") intens interpretate de pacientă. Atitudine de retragere în boală. Inițiativă și activitate foarte reduse. Fatigabilitate.

Temperament coleric, caracter slab, instabil.

Impresia de devitalizare ("parcă nu mai e viață în mine, sunt moale ca o cârpă"). Capacitate de înțelegere și apreciere a raporturilor cu ceilalți diminuată.

Evoluția episodului descris, în condițiile tratamentului adaptat este bună, dar, după o lună, rîmân tinzând să

Scanned with OKEN Scanner

se "cronicizeze" tulburările de memorie anterior descrise. Se reorientează tratamentul și după un interval de două săptămâni dismneziile scad în frecvență și intensitate.

Examenele de laborator relevă: hemoleucogramă, VSH, probele disproteinemice, uremia în limite normale. RSC pozitiv (hepatopatie cronică?). Examen de urină: rare leucocite izolate, rare cristale de oxalat de calciu.

Explorare EEG: traseu în limite normale atât în octombrie 1997 cât și în februarie 1998.

Concluziile examinării psihologice: configurație depresiv-anxioasă situațională la o personalitate instabil emotivă cu elemente demonstrative pe fond de intelect "aparent" liminar QIâ75-80.

Tratamentul administrat: Haloperidol, Clordelazin, Romparkin, Amitriptilin, Xanax, timp de 4 săptămâni (dozele au fost ajustate intensității simptomelor, fiind inițial administrat parenteral). Adaptat evoluției, se introduc apoi doze mari de vitamine B1, B6 și Piracetam, renunțându-se progresiv la Haloperidol, Clordelazin și Romparkin. Pe tot parcursul internării s-a recurs la psihoterapie cognitiv-comportamentală.

Întrebări ce se pun

Ce legătură există între evenimentele psihotraumatizante și tulburarea actuală?

Ce rol au în apariția și evoluția tulburării antecedentele și contextul general de declanșare a acestuia?

Scanned with OKEN Scanner

Răspunsurile la aceste întrebări sunt importante deoarece de ele depind, în mare măsură, modul de adecvare a tratamentului și obținerea unui rezultat terapeutic favorabil, prompt și stabil.

Discuții

Termenul de stres provine din englezescul "stress", substantiv care semnifică constrângere, forță, solicitare. Acest termen este utilizat în două sensuri: unul psihiatric privind latura emoțională a efortului de adaptare (mecanism de coping) și altul fiziologic, popularizat de H. Seley în opinia căruia "stres-ul reprezintă reacția organismului și nu situația care cauzează această reacție" (1).bineînțeles că stres-ul este inevitabil, se află pretutindeni, fiind "sarea și piperul vieții". El nu este în întregime dăunător dar se poate transforma într-un dezastru atunci când se întâmplă prea multe într-un interval scurt de timp. Într-o astfel de situație, individul își va pierde simțul perspectivei și va începe să-și petreacă timpul "reacționând" la evenimentele ce s-au abătut asupra sa. În majoritatea cazurilor "va face față", dar există și indivizi care nu vor putea, aceștia vor simți că viața le-a scăpat de sub control (2). O asemenea înlănțuire de fapte are loc în tulburarea de stres post-traumatică (Postraumatic Stress Disorder). Aceasta este una din puținele afecțiuni psihiatrice, definite nu fenomenologic ci etiologic. Chiar dacă istoria sa este foarte veche, ea a intrat în clasificările actuale odată cu apariția DSM III

Scanned with OKEN Scanner

în 1980, iar dezbaterea asupra originii sale organice sau psihogene continuă și în prezent (2).

Termenul de TSPT indică o reacție intensă și, de obicei prelungită la stresori intenși. Prin convenție, această categorie, spre deosebire de reacția acută la stres sau reacția de adaptare, poate fi diagnosticată la subiecți care au antecedente de tulburare mintală, anterioare evenimentelor stresante. TSPT este mai frecventă în copilărie și la vârsta a treia decât în alte momente ale vieții și la persoanele cu o tulburare psihică anterioară față de cele fără astfel de antecedente (3).

Etiologia TSPT implică acțiunea a trei tipuri de factori: factorul determinant (stresor), factorii psihodinamici (ce includ trei modele: cognitiv, comportamental și psihanalitic) și factorii biologici(4).

Din punct de vedere clinic, TSPT se caracterizează prin vise chinuitoare, recurente sau amintiri intruzive repetate ale evenimentelor stresante inițiale, însoțite de evitarea a tot ce amintește de acele evenimente și prin simptome ce indică o stare de excitație crescută (Ex. Iritabilitate, insomnie, concentrare deficitară, chiar violență și agresivitate) unii pacienți relatează o incapacitate de a-și aminti evenimentele în mod voluntar (în ciuda amintirilor vii intruzive în alte momente), sentimente de detașare, indiferență și dezinteres pentru activitățile zilnice (3). Adesea, apar impresia de vinovăție și umilire, stări disociative, atacuri de panică. Pot fi prezente iluzii și halucinații. Testele cognitive evidențiază o deteriorare a memoriei și atenției (11).

Scanned with OKEN Scanner

Diagnosticul TSPT cuprinde, conform DSM IV, următoarele criterii:

Prezența obligatorie a următoarelor două criterii:

Existența factorului psihotraumatizant în antecedente;

Răspuns exagerat prin teamă, neputință, oroare;

Retrăirea evenimentului psihotraumatizant (EP) prin cel puțin o modalitate din următoarele:

- amintiri dureroase, recurente și intruzive ale EP;
- vise terifiante recurente referitoare la EP;
- mod de a acționa sau senzații de parcă EP s-ar repeta;
- suferință psihică intensă, apărută la stimuli ce amintesc -
- EP; hiperreactivitate la stimuli ce amintesc EP:

Evitarea persistentă a stimulilor asociați cu trauma sau diminuarea reactivității generale (absentă înaintea traumei), exprimată prin cel puțin 3 din următoarele:

efort de a evita gânduri, sentimente sau conversații despre evenimentul psihotraumatizant;

evitarea activităților, locurilor sau persoanelor ce amintesc trauma; incapacitatea de a evoca un aspect important al traumei (amnezie psihogenă);

scăderea marcată a interesului pentru activități importante; sentimentul de detașare sau înstrăinare față de anturaj; scăderea afectivității; gânduri pesimiste despre viitor. Simptome persistente de alertă crescută (absente înaintea traumei) indicate prin cel puțin două din următoarele: dificultăți de adormire și/sau somn superficial; iritabilitate sau scăderea toleranței la frustrare;

Scanned with OKEN Scanner

deficit de concentrare; hipervigilență; reacție de alarmă exagerată: durata tulburărilor (exprimate prin criteriile B, C, D) mai mare de o lună. Tulburările determină un disconfort fizic si sau impedimente în activități sociale sau ocupaționale (6). Reîntorcându-ne la cazul nostru, vedem că simptomatologia prezentată se suprapune pe criteriile necesare de diagnostic pentru o TSPT, conform sistemului de diagnoză DSMIV, un sistem foarte științific, însă, uneori, prea "strâmt". Într-un asemenea sistem, studiul psihopatologiei este sumar iar stricta concentrare pe diagnostic știrbește frumusețea și posibilitățile formative ale examinării psihiatrice clasice. Și-apoi unde este pacienta și povestea ei? Pentru a trece peste aceste impedimente, nu trebuie să uitîm să facem evaluarea experiențelor subiective relatate de pacientă, să explorîm antecedentele, consecințele, contextul general și evoluția simptomelor de-a lungul timpului (5,7).

De aceea, pentru a nu fi puși în situația de a trata diagnosticul și nu pacientul, vom insista puțin asupra problemelor de diagnostic diferențial la acest caz:

Schizofrenie paranoidă cu debut tardiv.

Argumente pro:

Existența delirului de persecuție și a halucinațiilor vizuale (la prima internare);

Coloratura afectivă depresivă;

Trăsături premorbide cicloide

Scăderea performanțelor psihologice;

Inversiunea afectivă aparentă față de copilul minor.

Scanned with OKEN Scanner

Argumente contra:

Deteriorarea netă a activității înaintea internării.

Delir cronic sistematizat (Parafrenie, termen scos din taxonomia modernă, forma confabulatorie)

Argumente pro:

Producții delirante imaginative;

False amintiri de aspect confabulator;

Pseudoreminiscențe.

Argumente contra:

Capacitatea mnezică de fond pare, totuși, afectată.

Decompensare psihotică la o personalitate dizarmonică de tip histrionic.

Argumente pro:

Simptome cu intensitate ridicată;

Personalitate premorbidă caracterizată prin sugestibilitate, imaturitate, demonstrativitate, refugiu în boală, egocentrism;

Răspuns alături similar celui din Sdr. Ganser.

Argumente contra:

Lipsa altor decompensări până la 45 de ani.

Tulburare amnestică organică (Sdr. Korsakov).

Argumente pro:

Tulburare evidentă a memoriei recente și tulburarea simțului timpului;

Confabulațiile, iritabilitatea, deficit de atenție;

Discrete semne polinevritice.

Scanned with OKEN Scanner

Argumente contra:

Istoricul sau dovada obiectivă a unei suferințe cerebrale nu există; Absența deficitului marcant al memoriei imediate. Psihosindrom organic cerebral de tip degenerativ pe fond preinvolutiv.

Argumente pro:

Vârsta peste 45 de ani;

Simptome subiective: astenie, cefalee, insomnii, emotivitate crescută, iritabilitate, fatigabilitate

Tulburări neurologice discrete: parestezii, amețeli matinale, semne piramidale de intensitate redusă, dizartrie fugace, tulburări neurovegetative, Romberg pozitiv;

Argumente contra:

Instalarea posttraumatică a unor simptome psihice de intensitate mare;

Traseu EEG în limite normale.

(3, 8, 9, 10, 13)

Ca modalitate evolutivă, putem spune că TSPT se dezvoltă în întregime la câtva timp după psihotraumă. Perioada de latență poate fi cuprinsă între o săptîmână și 30 de ani. Simptomele pot fluctua în timp și pot fi mai intense in perioadele de stres intens. Un prognostic bun este anunțat de o rapidă instalare a simptomelor, de o durată redusă a simptomatologiei (mai puțin de 6 luni), de o bună funcționalitate mentală premorbidă de un raport social puternic și de absența altor probleme medicale sau psihiatrice. Cauzele care pot întuneca foarte mult

Scanned with OKEN Scanner

prognosticul sunt: leziuni cerebrale asociate și dependența de droguri și / sau alcool (11).

Din punct de vedere terapeutic, există 2 soluții care nu se exclud ci se completează: farmacoterapia și psihoterapia.

Farmacoterapia include două variante care s-a constatat că au cu adevărat efect în astfel de cazuri:

Imipramina (Tofranil) ca antidepresiv triciclic (doze medii) și Fenelzina (Nardil) - antidepresiv de tip IMAO (doze medii). De asemenea, putem conta pe Clonidină, Propranolol 10 – 40 mg, Benzodiazepine (Diazepam, Xanax), Litiu, Carbamazepină (11).

Nu se recomandă Fenelzină sau benzodiazepine la pacienții care fac abuz de droguri sau de alcool (11).

Psihoterapia. S-a constatat că este mai eficientă psihoterapia de scurtă durată întrucât evită riscul cronicizării sau dependenței. Pacientul trebuie încurajat să doarmă chiar și cu ajutorul medicamentelor, să se relaxeze, să-și întărească relațiile cu rudele și prietenii (suportul social), să-și revizuiască sentimentele și trăirile legate de evenimentele psihotraumatizante. Terapia de grup și familie au fost raportate ca fiind foarte eficiente în tratarea pacienților cu TSTP .

Câteva din abordările psihologice includ:

- Terapia comportamentală este terapia de primă elecție în stresul posttraumatic. Scopul principal este acela de a modifica comportamentul care, în mod tipic, este

Scanned with OKEN Scanner

unul de evitare sau de indulgență. O analiză comportamentală sau funcțională în care sunt schițate cauzele și consecințele atitudinilor problemă reprezintă, de obicei, punctul de plecare. Diverse strategii sunt folosite pentru a învinge anxietatea provocată de un stimul. Adeseori sunt utilizate relaxarea sau alte metode de prevenire a răspunsului, în timp ce pacientul este încurajat să experimenteze stimuli ce îi provoacă anxietate.

- Terapia de rezolvare a problemei. Aceasta este o metodă de consiliere în mai multe etape. Pacientul este ajutat la început să identifice problemele cheie și să-și clarifice țelurile. Apoi va stabili căile de atingere a scopurilor unul câte unul și își va revizui progresele; în final pacientul învață să aplice aceste tehnici la problemele noi. Necesită câteva săptîmâni de tratament.
- Terapia cognitivă. Scopul acestei terapii este de a schimba atitudinile convingerile și modul de a gândi implicate în medierea și perpetuarea problemei. Se realizează prin ajutorul acordat pacientului la identificarea problemei și în examinarea modului în care acesta îi influențează simptomele. Este încurajat apoi să înlocuiască acest model de gândire cu unul mai constructiv.
- Terapia cognitiv-comportamentală, folosește deopotrivă strategii cognitive și comportamentale.

Scanned with OKEN Scanner

- Managementul anxietății. Combină tehnici de relaxare, distragere cognitivă. Are ca efect reducerea efectelor gândurilor supărătoare.
- Socioterapia, ce implică instruirea directă, modelarea rolului, inversarea rolului și vizionare de casete video în scopul îmbunătățirii atitudinilor sociale ale pacientului (7).

Concluzii

Tulburarea posttraumatică de stres are ca aspecte clinice definitorii: retrăirea evenimentului traumatizant, evitarea stimulilor asociați traumei și hiperexcitabilitatea. Tratată corect o astfel de tulburare poate evolua rapid spre remisiune, dar pentru a institui o terapie eficientă este necesar nu numai să ținem cont de criteriile de diagnostic ale sistemului de referință folosit, ci și de antecedente, contextul general în care a avut loc evenimentul psihotraumatizant, intensitatea acestuia din urmă și importanța lui pentru pacient.

Particularitatea cazului prezentat constă tocmai în existența unor antecedente deosebite ale pacientei, personalitatea premorbidă, existența unui suport social firav și consecințele pe plan socio-afectiv a pierderii premature a soțului.

Aspecte manageriale

Deși nu foarte frecvent întâlnită, TSTP ridică probleme dificile de diagnostic diferențial;

Scanned with OKEN Scanner

Este necesară o evaluare specifică pentru a stabili corect contextul psihotraumatizant în toate detaliile sale, pentru a identifica elementele care declanșează simptomatologia și a celor ce o întrețin, cu un accent special asupra plasei de susținere socială;

Tratamentul, bine adaptat fiecărei situații, folosește cu succes antidepresivele, anxioliticele, precum și modalitățile psihoterapice;

Spitalizarea este obligatorie în cazurile severe din cauza existenței riscului suicidar sau de heteroagresiune. În aceste situații, chiar combinația de neuroleptice sedative ți incisive poate fi foarte utilă;

Este necesară intervenția psihiatrică imediat după apariția primelor simptome pentru a atenua consecințele psihopatologice ulterioare.

Terapia sugestivă în cefalalgii

Lenuș Gurguță, N. Vlad

Spitalul de Psihiatrie Botoșani

1. Cîteva aspecte generale legate de cafalalgii

Cefaleea sau cefalalgia, cum preferă să o denumească C.Arseni, este o durere localizată la nivelul craniului. Gh.Badiu (1986) include cefalalgiile în grupa hiperalgeziilor profunde ale extremității cefalice, alături de migrenă, glosodinii (senzații dureroase sau de arsură interesînd limba și odontalgia.

Scanned with OKEN Scanner

Din multitudinea deforme de cefalee amintim:
- cefaleea prin vasodilatație nemigrenoasă (fevrilă, hipoglicemică, hipoxică, hipercapnică, din intoxicații cu CO, cu insecticide, cu benzen, din HTA, sevraj de substanțe vasoconstrictoare);
- cefaleea combinată vascular și prin contracție musculară prelungită;
- cefaleea psihogenă din diverse boli psihice;
- cefaleea din tumori cerebrale, hematoame, abcese sau post puncție rahidiană;
- cefaleea din inflamații ale unor structuri intracraniene sau extracraniene (meningite, arterite temporale etc);
- cefaleea posttraumatică (mai ales din Tcc);
- cefaleea prin efort (tuse, strănut, defecație etc);
- cefaleea prin deshidratare (hipotensiune intracraniană);
- cefaleea prin HIC (mai ales în cazuri de tumori cerebrale);
- cefaleea din rinita vasomotorie;
- cefaleea simptomatică (vertebrocervicală, tumori, anevrisme, hematoame epi- și subdurale, alcoolism etc).

Desigur, gama etiopatogeniei cefaleei este foarte largă. Noi ne oprim aici, în intenția de aprezenta, în mod limitat desigur, aspectele psihologice și interferențele acestora cu sugestia și hipnoza din punct de vedere terapeutic.

2. Elemente ale psihologiei durerii

Durerea, ca suferință, poate avea o dominantă fizică, dar de multe ori este psihosomatică. Aceasta din urmă este,

Scanned with OKEN Scanner

în majoritatea cazurilor, provocată de "conflicte nerezolvate care stăruie în mintea noastră" (Gibbson, 1996) și este o experiență comună tuturor oamenilor. În general, durerea nu apare izolat ci în contextul unei simptomatologii multiple, unde procentul de participare al algiei este variabil.

Analize clinico-psihologice arată că pragul durerii variază înfricoșător de mult de la un om la altul. Unii oameni, avînd întipărit în minte un anumit model de declanșare a durerii, se tem și o anticipă înainte de a se produce amenințarea reală. Cea mai obișnuită este experiența injecției. Unele persoane simt înțepătura în mod normal, altele nu o simt deloc (?) iar altele simt durerea înainte ca înțepătura să se fi produs. Cauza celei din urmă hiperalgezii trebuie văzută în experiența anxioasă indusă de conflicte psihice inconștiente și de tulburările emoționale induse de acestea.

Wolberg (1972) consideră, pe bună dreptate, că durerea poate fi modificată în variate situații. Ea poate fi temporar exclusă din conștiință cînd atenția este distrasă de la durere. Astfel, dacă un subiect suspus unei intervenții chirurgicale minore este pus să asculte muzică, efectul analgezicului este amplificat. Dacă în timpul intervenției chirurgicale muzica este oprită, pacientul dă semne de neliniște și disconfort (Hartland).

V.A.Gheorghiu (1977) susține că durerea mai poate fi atenuată și atunci cînd subiecții sînt pusă să se gîndească la lucruri deosebit de plăcute sau cînd se face

Scanned with OKEN Scanner

apel la curajul "bărbătesc" (mai ales la femei), sau cînd se fac rugîminți "fierbinți" (alinarea durerilor copiilor de către mame). Utilizarea de substanțe placebo are deasemenea un efect analgezic. Astfel, administrarea în loc de morfină a unor substanțe inerte farmacodinamice duce la calmarea sau anularea durerilor în procent de 35% din cazuri (A.Athanasiu, 1983).

Fervers a descris două tipuri psihologice la durere:
- tipul "tetanic" care reacționează prin agitație psihomotrică, revoltă, atitudine "dușmînoasă" față de partea bolnavă și este întîlnit mai ales la schizotimi și introvertiți;
- tipul "patic" care "se plînge" este hipotonic, vagotonic, ciclotimic, sintonic și caută un "tu" pe care să se sprijine.

3. Efectul sugestiei asupra perceperii durerii

Mecanismele care stau la baza modificării și anulării durerii nu sînt complet elucidate. O cale de studiu este sugestia fie ea în stare de veghe sau hipnotică.

Kroger consideră că impulsurile dolorifice din analgezia hipnotică sînt blocate și nu ajung la un nivel de determinare structural. De acest fenomen nu este străin sistemul limbic și sistemul reticulat activator ascendent. În acest fel, se presupune că intervine o "ablațiune psihică", o "lobotomie psihologică" (Rosen) pentru că subiectul este conștient de stimulul care acționează, dar efectul la nivel cortical nu ajunge. Avem astfel un paradox:"durerea nu este percepută ca durere" (Gualtiero Gualtieri) ci ca un stimul tactil (presiune),

Scanned with OKEN Scanner

Wall distinge în transmiterea duerii o cale senzorială rigidă și una modificabilă, hipnoza putînd interveni în modificarea durerii numai pe ultima cale, la nivel spinal. Un alrt autor, Marmer, consideră că hipnoza crește pragul durerii și reduce riposta la stimulii algogeni. Raginski asociază analgezia hipnotică cu amnezia ce urmează spontan hipnozei la sugestii specifice. Pentru Shor reducerea și eliminarea anxietății ce însoțește durerea este esențială pentru înțelegerea analgeziei hipnotice.

În esență, constatîm că sugestia și, în special cea hipnotică, printr-o varietate de modalități, este în măsură să ajute la diminuarea sau anularea hiperalgeziei, indiferent de tipul ei.

4. **Tehnica de abordare a cefalalgiei pe cale hipnotică** (după Hartland)

Cefalalgia este o suferință care poate deveni incapacitantă prin intensitatea ei. Abordarea psihoterapeutică impune în primul rînd eliminarea cauzelor organice și neurologice ce ar putea fi răspunzătoare de manifestarea cefaleei.

Abilitatea de a controla durerea și de a o aboli prin hipnoză este unul din cele mai impresionante fenomene pe care le putem observa. totuși, trebuie să subliniem întotdeauna impredictibilitatea și nesiguranța fenomenului care este în funcție de ficare caz individual. În general, nu este bine să i se spună pacientului "durerea ta a dispărut". Această sugestie directă nu are nici o șansă să se rea-

Scanned with OKEN Scanner

lizeze deoarece, chiar în stare de hipnoză, subiectul este centrat pe durerea sa acută.

De aceea, Hartland folosește o tehnică persuasivă indirectă:

"Durerea este întotdeauna cauzată . . și este întotdeauna agravată de tensiune. În concecință . . .în timp ce tu ai să devii tot mai relaxat și mai puțin încordat . . tu ai să începi să te simți mai confortabil. În timp ce această stare de relaxare crește . . .durerea devine treptat mai ușoară . . . și cînd tu vei deveni atît de relaxat . . .încît durerea dispare complet."

Se observă că, în acest fel, autorul arată felul în care se poate aștepta pacientul să-i dispară durerea.

Prezentîm și alte sugestii utilizate în abordarea cefalalgiilor.

"În timp ce eu mîngîi fruntea ta . . .poți simți o impresie de căldură . . .care se răspîndește în tot capul tău . . .în față . . și în gît. Simțîmîntul de căldură crește cu fiecare mîngîiere. . . în timp ce simțîmîntul de căldură vcrește. . . începi să simți capul mai mult și mai mult confortabil. . . durerea devine mai mică și mai mică . . .încît va dispare complet" etc.

5. Cîteva studii din literatura de specialitate

Cînd cefalalgiile sînt cauzate de hipertensiune arterială ele pot fi înlăturate prin sugestie hipnotică.

Scanned with OKEN Scanner

Cannon, făcînd studii sistematice pe pacienții hipertensivi, i-a antrenat să-și reducă valorile tensionale prin autohipnoză și să-și îndepărteze, totodată și hemicrania.

Gualtiero Gulatieri consideră că modificările lumenului vaselor se pot obține doar prin simple sugestii de relaxare generală sau locală a pielii capului și a mușchilor gîtului. Se ameliorează astfel circulația sangvină în teritorii limitate (Simons, Harding). Rezultate favorabile au obținut, utilizînd autohipnoza, Ambrose și Newbold. Pentru Raginsky, cefaleea este expresia ostilității și a dificultăților de a învăța să înfrunți într-un mod mai matur situațiile stressante de viață. De aceea, în cazurile cu cefalalgii persistente, autorul propune proceduri hipnoanalitice. Tot pe aceeași linie merge și Wolberg care propune inducția de conflicte în stare de hipnoză.

Cercetări interesante au făcut și Schultz și Binder pe 120 de cazuri. Utilizînd tehnica antrenamentului autogen la subiecți cu cefalee posttraumatică au obținut ameliorări semnificative la 95% din cazuri. autorii au constatat că exercițiile de căldură au un efect mai favorabil comparativ cu exercițiile de greutate. O accentuare a efectelor pozitive se observă cînd se ajunge la exercițiul respirator care procură o stare particulară de calm. Sugestiile care abordau extremitatea cefalică au fost: "fruntea mea este agreabil răcorită" și "capul meu este ușor și clar". În practica noastră psihoterapeutică întîlnim extrem de des diverse tipuri de cefalalgii. Pe un lot de 100 de cazuri cu

diverse nevroze, noi am constatat o ameliorare a cefaleei la 80% din cazuri.

Prin studiul nostruam încercat încă o dată să contribuim la extinderea tehnicilor de control al durerii pe cale sugestivă.

Psihoterapia cognitiv-comportamentală modalitate de detensionare a stărilor depresive în familia cu progenie autistă

Antoaneta Zamfirache, Maria Cosmovici, N. Cosmovici

Spitalul Universitar de Psihiatrie "SOCOLA" Iași

Studiul se bazează pe evaluarea manierei de tratament comportamental - de instruire, în sensul îmbunătățirii comportamentale a părinților pentru a deveni terapeuți pentru propriul copil autist.

În cadrul acestui studiu s-au urmărit 2 etape:

(a) perioada anterioară tratamentului la care s-au adăugat și datele despre grupul de studiu;

(b) modificările care apar în timpul tratamentului.

Cele două etape au fost comparate pentru a aprecia eficiența tratamentului. Au rezultat 4 criterii ce vizează 4 arii comportamentale:

A. instruirea părinților pentru a orienta comportamentul copiilor;

B. comportamentul care caracterizează copilul;

Scanned with OKEN Scanner

C. caracteristica negativă a comportării copilului;

D. stressul impus familiei de problemele copilului.

În evaluarea tratamentului s-a plecat de la 4 premise:

1. orientarea parentală și comportamentală a copilului;
2. comportament corespunzător din partea copilului condiționează noi metode de tratament recuperator;
3. comportamente negative caracteristice copilului autist;
4. stressul și manifestările depresive în cadrul familiei crește atunci cînd rezultatele tratamentului sînt neeficiente.

METODA PSIHO-EDUCAȚIONALĂ RECUPERATOARE

În prima etapă am analizat 15 copii autiști și familiile din care făceau parte - cuprinși într-o metodă recuperatorie și respectiv, de consiliere psihologică.

TEHNICA DE TRATAMENT

Măsurile amintite în cadrul primei etape au fost administrate pe parcursul a trei vizite efectuate pentru fiecare familie. Am efectuat vizitele la începutul și sfîrșitul perioadei de așteptare și din nou după 6-8 ședințe terapeutice (fiecare cu o durată de 70-90 minute). Perioada de așteptare implică un control al modificărilor din afara tratamentului. Perioada de așteptare - unu/1 lună. Perioada de tratament 4 luni și 21 de zile.

TRATAMENT

Terapeutul lucrează cu copilul și elaborează programe domestice individualizate pe care le prezintă părinților. Un alt

Scanned with OKEN Scanner

terapeut, consultantul părinților, dezvoltă acestora deprinderi de atitudine de învățare a unui anumit comportament prin antrenament sau/și consiliere. Educația parentală (principii teoretice cu privire la comportament și dezvoltarea ontică a copilului).

1. Însușirea progresivă a deprinderilor.
2. Comunicarea la nivelul de dezvoltare conform capacității de înțelegere a copilului.
3. Prezentarea sarcinilor într-un ritm cu care copilul să se poată acomoda.
4. Aranjarea și prezentarea corectă a materialelor în mediul său de existență.

Pentru a verifica cele 4 premise sînt folosite două metode:

1. observarea comportamentală;
2. interviuri cu părinții cu privire asupra problemelor cu care se confruntă.

1. Observarea comportamentului

Pe parcursul vizitelor întreprinse timp de o lună am constatat că: copilul se află în spațiul său firesc; timpul și locul au fost considerate ca fiind constante; familiei i s-a solicitat un comportament normal; observatorul nu a intervenit. Am considerat 14 categorii comportamentale cu potențialitate temporală de 10 minute (o singură notă pentru intervalul de 10 minute).

Categorii comportamentale parentale:

1. îndrumarea verbală;
2. îndrumarea fizică;

Scanned with OKEN Scanner

3. atenția socială;
4. alte comunicări diverse.

Categorii comportamentale ale copilului

1. socializare;
2. interacțiunea cu adulții;
3. interacțiunea cu alți copii;
4. ludism sau muncă, conform particularităților de vîrstă;
5. comunicare eficientă;
6. ecolalia;
7. autostimularea;
8. joc repetitiv cu obiecte;
9. izolare de lungă durată (non-interacțiune).

Observarea comportamentului am realizat-o cu scopul de a selecta 3 variabile complexe (mixte) și a testa 3 ipiteze ale subiecților din studiu:

1.implicarea parentală:
- îndrumări verbale;
- îndrumări gestuale;
- îndrumări fizice;

2.comportamentul corespunzător copilului autist:
- abordarea adulților;
- relații cu adulții;
- interrelații cu copiii;
- comunicare eficientă;

3. comportament neadecvat al copilului autist:
- autostimulare;
- joc repetitiv cu obiecte;

Scanned with OKEN Scanner

- noninteracțiune;

4. categorii comportamentale care nu au reușit să ajungă nivelul criteriului 0,80 și au fost excluse din analiza individuală;

acestea sînt: - îndrumarea fizică;
- comunicări diverse;
- implicare socială;
- ecolalia;

celelalte variabile au avut nivele mai mari de 0,95.

2. Întrevederi și discuții cu părinții asupra stressului și problemelor cărora trebuie să le facă față

(1) Aprecierea mamelor în ce privește cîteva aspecte legate de disfuncțiile apărute în familie.

(2) Aprecierea clinicienilor.

(3) Părerile pârinților asupra tratamentului.

Interviurile au fost semistructurate pentru a se putea obține informații cu privire la funcționarea familiei copilului autist. S-au administrat 2 chestionare:chestionarul pentru mame și chestionarul ce viza efectele tratamentului.

REZULTATE

- Efectele tratamentului asupra celor 4 premise: premisele 1 și 2 se evidențiază ca fiind crescute în timpul perioadei de tratament comparativ cu perioada de așteptare; 3 și 4 nu au descrescut. Cele 4 premise nu au suferit modificări semnificative; tratate în mod independent, la toate cele 4 variabile, schimbările au fost semnificative. Nu s-a ținut

Scanned with OKEN Scanner

cont de perioada de tratament care a fost mai mare decît perioada de așteptare.

- Efectele tratamentului asupra celor 3 ipoteze mixte rezultate în urma comportamentelor selectate:

1. implicarea parentală:(a) îndrumarea verbală crește în urma tratamentului; (b) atenția socială descrește sensibil odată cu tratamentul, după ce a crescut în perioada de așteptare;

2. comportamentul corespunzător copilului autist:(a) joc și muncă adecvate vîrstei, efect semnificativ al tratamentului; (b) comunicare eficientă, efect semnificativ al tratamentului; (c) interacțiunea socială cu adulții sporește în ambele perioade;

3. comportament neadecvat a copilului autist: nici una dintre categorii nu prezintă efecte semnificative.

- Modificări în relația părinte-copil prezintă o interacțiune semnificativă.

- CHESTIONARUL CU PRIVIRE LA EFECTELE TRATAMENTULUI atestă o modificare semnificativă în timpul tratamentului care se referă la reducerea stressului în familiile cu copii autiști; perceperea rezultatelor de către părinți *sub forma:"*între puțin mai bine și mult mai bine", cu o *singură excepsie:* numai un tată, un singur tată și-a simțit *copilul ca fiind* într-o stare ușor inferioară în ceea ce *privește jocul normal* - rezultat al programului.

Scanned with OKEN Scanner

Concluzii

Studiul a fost efectuat pe un grup de 15 copii autiști și familiile lor în două etape:

Prima etapă se referă la studierea a 15 copii autiști și a familiilor lor și s-a bazat pe scorurile și observațiile obținute în urma testului W.I.S.C. și al Scalei "CARS" (Scala de evaluare a autismului) și 6 criterii rezultate în urma studiului comparativ: DSAM-III R, Tratatul de Psihiatrie Oxford și Rutter. La acestea am mai adăugat "Fișa psihodiagnostică pentru autismul infantil", "Fișa de diagnostic pentru autismul infantil" și "Regului importante pentru aplicarea programului de învățare" ce aparțin Lornei Wing.

După cum am putut observa, în cadrul acestei prime etape putem aprecia și interpreta unele manifestări ale sindromului autist, ca urmare a unei diversități de factori organici și psihologici.

A doua etapă a studiului s-a axat pe maniera de tratament comportamental de instruire și observare a anumitor abilități la părinții copiilor autiști pentru a putea fi coterapeuți ai propriilor copii autiști.

Coțiii au fost urmăriți în 2 etape:

(a) perioada de așteptare anterioară tratamentului la care am adăugat și datele pertinente pentru lotul propus:

(b) modificările în timpul tratamentului.

Perioada de așteptare a durat 1 lună; perioada de tratament a durat 4 luni și 21 zile. Măsurile din cadrul primei etape au fost luate pe parcursul a trei vizite efec-

Scanned with OKEN Scanner

tuate fiecărei familii. Vizitele au fost la începutul și sfîrșitul perioadei de aștepatre și, din nou, după 6-8 ședințe terapeutice (cu o durată între 60-90');perioada de așteptare implică un control al modificărilor în afara tratamentului. Efectele tratamentului asupra celor 4 premise evidențiază: premisele 1 și 2 sînt crescute în timpul perioadei de tratament, comparativ cu perioada de așteptare; premisele 3 și 4 au scăzut. Cele 4 premise nu au suferit modificări, modificările au fost semnificative. Nu s-a ținut cont de perioada de tratament care a fost mai lungă decît perioada de așteptare.

Efectele tratamentului asupra celor 3 premise mixte rezultate în urma comportamentelor selectate și observate.

1.Implicarea parentală:îndrumarea verbală sporește în urma tratamentului; îndrumări pentru atenție, verbale și gestuale, scad sensibil odată cu tratamentul, după ce a crescut în perioada de așteptare.

2.Comportamentul corespuntor copilului autist

Comunicare eficientă - efect semnificativ al tratamentului; abordarea adulților crește în ambele perioade; relațiile cu adulții efect semnificativ al tratamentului;

3.Comportament neadecvat al copilului autist: nici una dintre categorii nu are efecte semnificative.

Modificările în relația părintr-copil prezintă o interacțiune semnificativă.

CHESTIONARUL CU PRIVIRE LA EFECTELE TRATAMENTULUI. Am observat o modificare importantă în timpul tratamentului. Modificarea se referă la reducerea stressului

Scanned with OKEN Scanner

în familiile cu copii autiști; înțelegerea de către părinți a rezultatelor "între puțin mai bine și mult mai bine", cu o singură excepție:un tată a simțit că copilul său simte a fi asimilat mai greu tratamentul în cazul "jocului normal". În perioada de așteptare, părinții manifestă o diminuare a stressului știind că în curînd vor primi ajutor în problemele pe care le au. Analizate independent, modificările din timpul tratamentului, respectiv evaluarea interviului și chestionarul au fost diferite de zero.

Studiul a fost apreciat de părinți datorită modificărilor obținute de ai și copii în urma tratamentului. Primele 2 premise au fost confirmate de următoarele rezultate:

(1) părinții se implică din ce în ce mai activ în viața copiilor lor ca rezultat al tratamentului;

(2) copiii autiști se comportă satisfăcător ca rezultat al tratamentului.

Aceste două efecte ale tratamentului reflectă succesul obținut de atingerea scopurilor centrale ale programului de tratament.

Ultimile 2 premise nu au fost confirmate. Deși comportamentul nesafisfăcător al copilului cît și incapacitatea familială de a face față situașiei copilului autist au indicat o ameliorare în perioada tratamentului, aceasta nefiind cu mult mai mare comparativ cu perioada de așteptare cînd s-au conturat tendințele de ameliorare.

Structura studiului a presupus compararea modificărilor în cursul tratamentului și modificările dinperioada de așteptare. Am utilizat această comparație datora modificărilor

Scanned with OKEN Scanner

posibile, chiar și în absența tratamentului; comparația cu perioada de așteptare a fost considera necesară.

Avînd în vedere modelul țărilor europene facem următoarele propuneri referitoare la felul în care trebuie să fie orientați copiii autiști. În general, aceștia sînt îngrijiți în cadrul spitalelor de zi ceea ce menține o legătură cu familie, mijlocacele și sarcinile terapeutice efectuîndu-se în spirit pluridisciplinar:

*activitatea educatuvă vizează aducerea copilului la nivelul recunoașterii sale ca individ și pe ceilalți ca membri ai grupului;

*activitatea pedagogică și școlară să fie adaptată la vîrsta copilului;

*munca în vederea reducerii de tip motor și psihic sau activități de reducare a limbajului, ținînd seama de caracterele particulare ale tulburărilor instrumentale;

*psihoterapia individuală a copilului, supravegherea și asistența psihiatrică.

O integrare pe timp limitat în mediul școlar normal este, în genere, o modalitate tentantă și necesară, cînd starea copilului o permite, putîndu-se încerca o astfel de integrare.

În fine, spitalizarea de zi permite, dacă acest lucru este neapărat necesar, să se ofere un ajutor psihologic părinților care sînt încercați de trăirea unui episod deosebit de viață. Prognosticul pe termen lung este ameliorat de modalitățile terapeutice actuale menționate mai sus, deși cu oarecari rezerve. Evoluția deficitară, fie globală, fie parțială, este fără îndoială un risc evolutiv major.

Scanned with OKEN Scanner

Studiu experimental, privind efectele psihoterapiei de grup cu durată scurtă în tratamentul depresiei

Cristina Ababei, ș.Turliuc, Rodica Enache, Mihaela Chelariu, C. Borza

Universitatea de Medicină și Farmacie "Gr.T.Popa" Iași Spitalul Universitar de Psihiatrie "SOCOLA" Iași

Introducere

Folosind ca factor terapeutic principal acțiunea grupului, rațiunea psihoterapiei de grup constă în ideea că pacientul se află într-un mare deficit de comunicare, de integrare în grup și în societate în general. Dintre modalitățile de acțiune ale psihoterapiei de grup, cele mai importante sunt (după Foulkes și E. Anthony) acțiunea de catarzis, participare și acceptare, evidențierea conflictelor generatoare de tulburări și rezolvarea acestor conflicte (5). Fiind indicată în special în nevroze, în dificultățile de adaptare ți în dificultățile socio-relaționale, folosirea terapiei de grup în tratamentul depresiilor este controversată. Unii autori susțin că pot beneficia de acest tip de terapie doar pacienții cu depresie de intensitate medie, cu evoluție cronică și cu slabă responsivitate psihofarmacologică, în timp ce pacienții cu depresie majoră, având nevoie de un grad mai înalt de susținere emoțională se pot agrava sub terapia de grup (3). Alți autori susțin că prin combaterea tendinței la izolare, prin contracararea riscului pasi-

Scanned with OKEN Scanner

vității crescânde și prin distragerea pacienților depresivi de la ruminațiile de autoacuzare, grupul are efecte benefice (8), recomandând în cazurile severe de depresie asocierea tratamentului psihofarmacologic cu psihoterapia individuală sau de grup (4).

Printre avantajele psihoterapiei de grup (extrase din afirmațiile unor subiecți) rezultă că aceasta îi ajută pe pacienți să-și rezolve mai bine problemele de viață, percepând mai realist realitatea externă, îi ajută să se accepte mai bine ca persoane ți le trezește dorința de a fi ei înșăși (6).

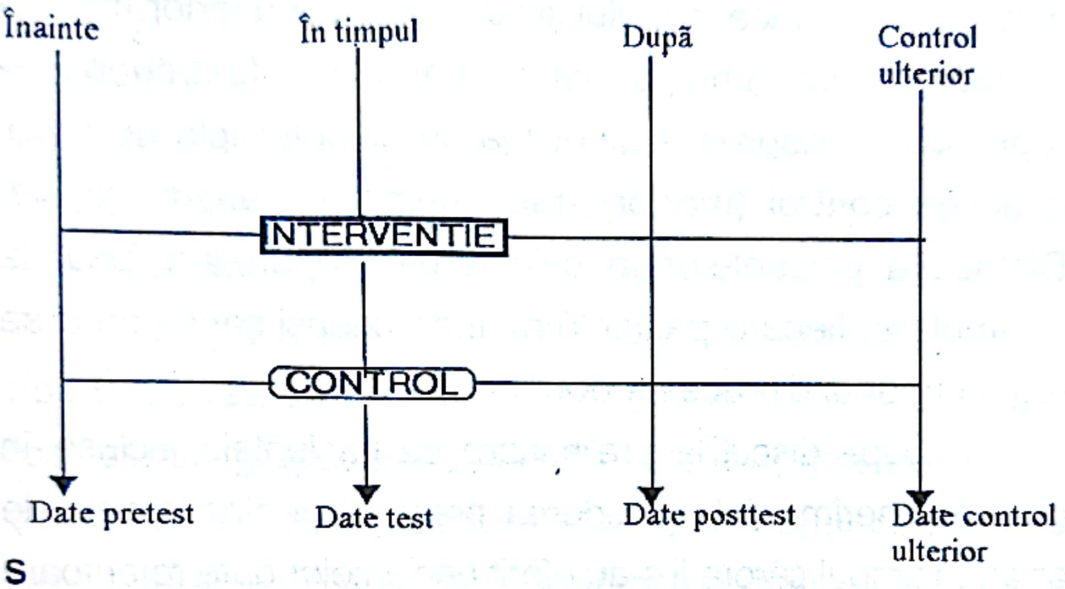
Pornind de la presupunerea că psihoterapia de grup are efecte benefice în tratamentul tulburărilor depresive, în lucrarea de față vom ilustra rezultatele unui studiu privind eficacitatea terapiei combinate, antidepresive asociate cu psihoterapie de grup cu durată scurtă, precum și a celei exclusiv medicamentoase cu antidepresive.

Material și metodă

Studiul a fost realizat în Clinica 1 Femei a Spitalului de psihiatrie "Socola" Iași în perioada Martie – Aprilie 1998. Cercetarea s-a desfișurat în patru etape, urmărind planul de experiență Nivelul 4 după APA (7) reprezentat în schema de mai jos.

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 1 Planul de experiență Nivelul 4 (după American Psychiatric Asociation, 1982, Commision on Psychoterapies, Psychoterapy Reserch: Metodological Efficency Issues)



S

În prima etapă, cu durată de două săptămâni, am selectat un lot de 12 paciente internate în Clinica 1 Femei, cu tulburări depresive diagnosticate conform codificării ICD-10, de vârstă mijlocie (între 40 și 60 de ani), din mediu urban și nivel socio-cultural diferit (studii gimnaziale sau medii și ocupații diverse).

Selecția a fost efectuată după o examinare somatică atentă în vederea excluderii pacientelor cu boli somatice de natură să afecteze prognoza precum și o examinare psihică ce a inclus un interviu privind relațiile pacientelor cu persoanele apropiate, istoricul psihiatric detaliat și examenul stării mentale.

Toate pacientele prezentau, pe lângă afecțiunea psihică, și alte diverse afecțiuni somatice cronice cu evo-

Scanned with OKEN Scanner

luție stabilă (spondiloză, HTA, cardiopatie ischemică cronică, diskinezie biliară, gastroduodenită, ulcer duodenal, litiază renală).

Lotul de studiu astfel format, omogen din punct de vedere al tulburării psihice, sexului și vârstei a fost ulterior împărțit în două grupuri, unul, experimental care a fost supus terapiei cu antidepresive asociată cu psihoterapie de grup, altul, de control (martor) tratat numai cu antidepresive. Distribuția pacientelor în cele două grupuri s-a făcut la întâmplare, fiecare pacientă având aceeași șansă de a se regăsi în unul din aceste două grupuri.

După discuțiile preliminare cu pacientele incluse în grupul experimental în vederea pregătirii pentru terapia de grup, în timpul cărora li s-au oferit pacientelor date referitoare la metodologia și modul de desfișurare al psihoterapiei, una din paciente a refuzat să participe la terapia de grup. Acesta a fost inclusă în aceste condiții în grupul de control. În final, cele două grupuri au avut următoarea componență:

Diagnostic (conform ICD-10)	Grup experimental	Grup de control
Tulburare depresivă recurentă. Episod actual sever fără simptome psihotice	2 paciente	1 pacientă
Tulburare depresivă recurentă. Episod actual mediu	3 paciente	3 paciente
Tulburare mixtă anxioasă și depresivă	1 pacientă	2 paciente

Tabel 1

Scanned with OKEN Scanner

Tot în această etapă s-au aplicat testele Beck (21 itemi) și Hamilton (23 itemi) atât în vederea măsurării intensității depresiei cât și pentru a avea posibilitatea evaluării ulterioare a efectelor terapiei.

Toate pacientele, atât din grupul experimental cât și cele din grupul de control au fost supuse terapiei farmacologice din prima zi a studiului. S-au folosit antidepresive în doze medii, cuprinse între 75 – 125 mg și anxiolitice. Acest tratament a continuat pe toată durata cercetării.

Etapa a – 2 – a a studiului s-a constituit în perioada de realizare a ședințelor de psihoterapie la care a fost supus grupul experimental. Psihoterapia s-a desfășurat sub îndrumarea unui terapeut și a unui coterapeut, pe o perioadă de două săptămâni, cu o ritmicitate de două ședințe pe săptîmână și cu o durată a acestora de 50 de minute fiecare. Scopul terapiei a fost punerea în discuție a subiectelor cel mai frecvent întâlnite în panoplia dificultăților de relaționare ale depresivului, boala psihică, relația cu partenerul și relația cu copii proprii, încercând astfel influențarea comportamentului depresiv, a ideației negative și a stării dispoziționale hipertimic - negative. Mijloacele terapeutice folosite au fost reprezentate de dialog, empatie, acceptare și înțelegere reciprocă, rolul terapeutului fiind de partener al dialogului, acceptând pe celălalt, mutual permisiv, nondirectiv și minimal dirijat dominant reorientativ.

La sfârșitul ședințelor de psihoterapie s-au aplicat din nou testele Beck și Hamilton, urmând apoi o ultimă etapă de urmărire a eficacității terapiei (follow-up) cu o durată de 10 zile.

Scanned with OKEN Scanner

Rezultate

Constituirea grupului a fost dificilă, pacientele privind cu suspiciune, neîncredere sau dezinteres explicațiile preliminare despre metodologia psihoterapiei, toate acestea culminând cu refuzul unei paciente de a participa la ședințele de grup.

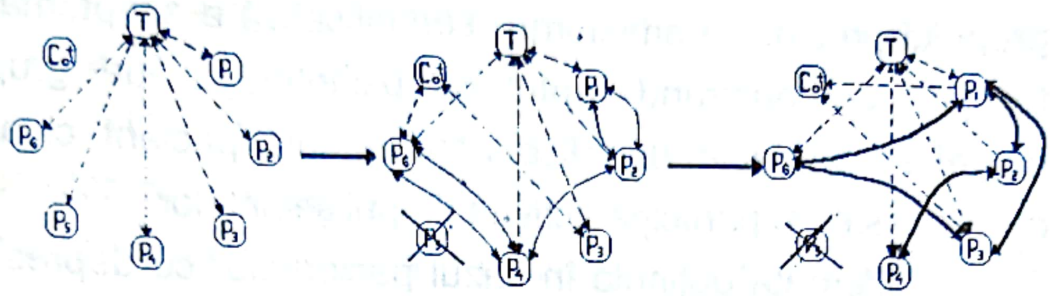
În prima ședință comunicarea verbală a membrilor grupului a fost redusă, ezitantă și sporadic direcționată sau adresativă, pacientele fiind puțin interesate de problemele celorlalte, îndreptându-și dominant intervențiile spre terapeut, solicitând păreri și sfaturi de la acesta. Totuși momentele de tăcere au fost rare și scurte reușind acesta prin relansarea în discuție a unor alte valențe ale temei propuse.

Pe parcursul ședințelor următoare, pacientele s-au dezinhibat treptat, grupul devenind din ce în ce mai dinamic, în ultima ședință pacientele exprimându-și chiar dorința de a mai lua parte și cu alte ocazii la astfel de întâlniri și bucuria că au avut prilejul de a cunoaște astfel oameni noi. De a cunoaște problemele celorlalți și de a ajuta în măsura posibilităților, la soluționarea acestora.

Dinamica evoluției interacțiunii dintre membrii grupului pe parcursul ședințelor poate fi schematizată după cum urmează:

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 2



Chiar dacă impresiile subiective ale pacientelor privind psihoterapia de grup au fost pozitive, cu o singură excepție (P5) care a părăsit grupul după prima ședință totuși punctajele obținute după testări nu au arătat diferențe semnificative între grupul experimental și grupul de control:

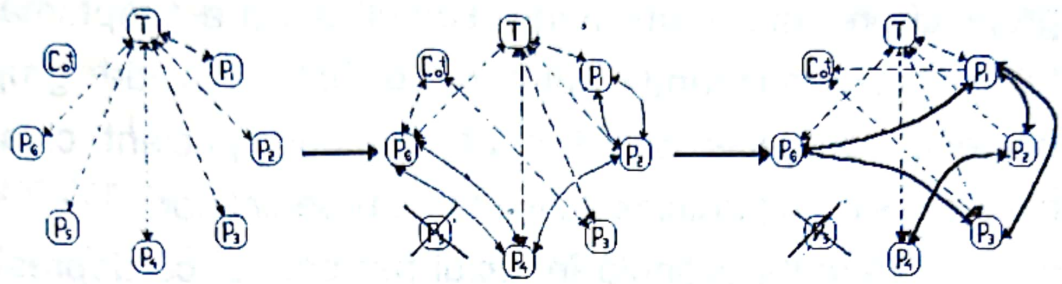
Grupul experimental					Grupul de control				
	Scala Beck		Scala Hamilton			Scala Beck		Scala Hamilton	
	inițial	final	inițial	final		inițial	final	inițial	final
P 1	22	9	30	8	P 7	30	12	30	18
P 2	23	21	33	24	P 8	29	20	26	24
P 3	37	25	41	31	P 9	29	24	28	24
P 4	34	26	39	28	P 10	28	28	34	30
P 5	35	-	39	-	P 11	28	24	33	17
P 6	31	25	22	17	P 12	31	30	34	30

Tabelul 2

Singura diferență semnificativă și neașteptată apare la pacientele cu depresii severe. Cele două paciente cu depresii severe din grupul experimental (P3 și P4) s-au ameliorat evident, în schimb ce pacienta cu depresie severă din grupul martor (P12) a avut o evoluție staționară.

Scanned with OKEN Scanner

Fig. 2



Chiar dacă impresiile subiective ale pacientelor privind psihoterapia de grup au fost pozitive, cu o singură excepție (P5) care a părăsit grupul după prima ședință totuși punctajele obținute după testări nu au arătat diferențe semnificative între grupul experimental și grupul de control:

Grupul experimental					Grupul de control				
	Scala Beck		Scala Hamilton			Scala Beck		Scala Hamilton	
	inițial	final	inițial	final		inițial	final	inițial	final
P 1	22	9	30	8	P 7	30	12	30	18
P 2	23	21	33	24	P 8	29	20	26	24
P 3	37	25	41	31	P 9	29	24	28	24
P 4	34	26	39	28	P 10	28	28	34	30
P 5	35	-	39	-	P 11	28	24	33	17
P 6	31	25	22	17	P 12	31	30	34	30

Tabelul 2

Singura diferență semnificativă și neașteptată apare la pacientele cu depresii severe. Cele două paciente cu depresii severe din grupul experimental (P3 și P4) s-au ameliorat evident, în schimb ce pacienta cu depresie severă din grupul martor (P12) a avut o evoluție staționară.

Scanned with OKEN Scanner

Un alt rezultat neașteptat este cel al pacientei cu depresie severă P3 care deși a participat cel mai puțin la activitatea grupului prezintă o ameliorare semnificativă a simptomatologiei, demonstrând faptul că psihoterapia de grup poate avea efecte benefice asupra unui pacient chiar dacă acesta nu participă activ în timpul ședințelor.

Diferența obținută în cazul pacientelor cu depresii severe ar putea sugera faptul că asocierea tratamentului farmacologic cu psihoterapia de grup este mai eficace în tratamentul depresiei severe decât în cele medii, însă datele nu pot fi generalizate dat fiind dimensiunile reduse ale lotului studiat.

Discuții

Odată depășită reținerea inițială cu care au participat pacientele la grup, care poate fi explicată atât prin introversiune și tendință la izolare a depresivilor în general, dar și prin înțelegerea greșită a scopului terapiei de grup de către paciente, majoritatea provenind din medii socio-culturale modeste, ședințele au căpătat ulterior un caracter dinamic, interacțiunile între membrii grupului intensificându-se treptat.

Chiar dacă punctajele obținute la testările Beck și Hamilton înainte și după psihoterapie sunt similare în cele două grupuri sugerând faptul că terapia de grup asociată antidepresivelor nu ameliorează în mod semnificativ starea depresivă, comparativ farmacoterapiei cu antidepresive, aprecierile pacientelor au fost pozitive iar creșterea

Scanned with OKEN Scanner

interacțiunilor în cadrul grupului în ultimele ședințe sugerează creșterea nevoii de comunicare și scăderea tendinței la izolare a pacientelor, ceea ce va stimula reintegrarea socială a pacientelor.

Un rezultat neașteptat a fost cel al evoluției pacientelor cu depresii severe care, chiar dacă au participat mai puțin la activitatea grupului, ameliorarea acestora a fost superioară celor care au primit exclusiv tratament cu antidepresive. Această constatare sugerează faptul că tratamentul combinat (antidepresive + psihoterapie de grup cu durată scurtă) are efecte superioare terapiei farmacologice clasice în special în depresiile severe, fără simptome psihotice, dar rezultatele nu pot fi generalizate datorită numărului mic de paciente luate în studiu.

Concluzii

Psihoterapia de grup, chiar de scurtă durată scade tendința la izolare a pacienților depresivi stimulând reintegrarea socială iar asocierea antidepresivelor acestei terapii are efecte benefice superioare terapiei clasice cu antidepresive în special în depresiile severe.

Scanned with OKEN Scanner

Psihoterapie pentru psihopați

M.Tetraru, Manuela Horopciuc
Universitatea de Medicină și Farmacie "Gr.T.Popa"
Iași
Centrul de Diagnostic și Tratament Titan București

Încă de la Kraepelin știm că diversele tulburări pe care mintea omenească le poate avea se pot grupa în nevroze, psihoze, psihopatii etc. Astăzi, odată cu răspîndirea clasificării D.S.M. și a celei S.M.S (I.C.D.), întîlnim un termen nou, mai blînd, dar care extinde noțiunea de psihopatie: tulburarea de personalitate. La prima vedere aceasta pare o denumire foarte generică, dar, de fapt, se au în vedere abaterile de la norma (statistică morală?) a aceea ce înseamnă "haina" sau "masca" individului (ansamblul vieții sale psihice).

Psihopatiile sînt deci anomalii în structura mentală a omului, rezultate ca urmare a viciilor de dezvoltare. Privite din acest punct de vedere, aceste tulburări sînt foarte variate: schizoidă, paranoidă, anankastă etc. Deși a rămas întipărită în imaginația largă figura sociopatului (omul care sfidează, pur și simpli, normale societății, devenind delincventul înrăit), iată că, de fapt, oricărei prejudecăți de conviețuire îi corespunde o psihopatie. Evident că, în această concepție, nu orice pacient din această

categorie este periculos pentru societate; adesea implicațiile sînt asupra propriei existențe.

Și totuși, temenul de psihopati te sperie. Înșiși psihiatrii sînt reticenți în ceea ce privește recupetarea acestor indivizi. Aici există o bază clinică care întunescă prognosticul - egosintetie. Indiferent de trăsătura prevalentă, orice pacient cu o tulburare de personalitate este de acord cu tot comportamentul său. El nu se consideră vinovat pentru diversele situații din viață și de aceea nu are motivația schimbării. De aici, concluzia: psihopatul nu poate fi abordat prin psihoterapie!

Este oare acesta un adevăr imbatabil? Nu cumva îi punem la zid pe acești oameni în bloc fără să-i analizîm individual?

Conform definiției, psihopatul prezintă o abatere a comportamentului de la normal. Dar ce înseamnă normal în personalitatea omului? Aici facem apel la normă. Dacă ne referim la statistică este clar că avem de a face cu un criteriu mai mult decît relativ. Să nu uitîm că există culturi unde un anumit comportament (de tip sado-masochist, de exemplu) este regula. La japonezi, mai ales într-o anumită perioadă istorică lipsa curajului de a-ți lua viața ar fi fost anormală. Deci în funcție de mediu un individ poate fi psihopat sau perfect normal.

În ceea ce privește criteriul moral, din nou evaluarea este diferite în funcție de societate și epocă. Dacă în civilizația occicentală femeia este la fel de liberă ca bărbatul în privința realțiilor extraconjugale, în schimb la

Scanned with OKEN Scanner

multe popoare orientale intericția pe care o impune soțul soției de a se uita la un alt bărbat este perfect normală fără să fie vorba de psihopatie paranoidă. Desigur că intuitiv ar exista comportamente pa cre cu toții le-am dezaproba (crima, exhibiționismul etc). Cel puțin așa ne imaginăm dacă credem în Dumnezeu. Dar de foarte multe ori însăși religia dă voie la manifestări de violență. Atît timp cît oamenii se iau după societate și nu pot să asculte ce le "spune" Domul, nu putem să vorbim de psihopatii decît în termeni foarte relativi. Pe de altă parte toleranța este și ea "simțită" tot ca o necesitate umană, transmisă de la creator.

Nu putem deci să-i izolăm pe acei oameni, ci dimpotrivă, să-i acceptăm și să încercăm să-i înțelegem.

Dacă revenim la ideia lipsei de remușcări. trebuie să observîm că această trăsătură nu este absolută. Într-un studiu realizat pe 91 cazuri de delincvenți supuși examenului psihiatric la Iași, 14 regretau totuși faptele. Ce denotă acest lucru? Un psihopat nu este un individ total irecuperabil, pierdut. Dacă ținem cont de natura socieății, chiar și din acest punct de vedere, acești pacienți trebuie priviți cu foarte mult discenîmînt. Situația se complică și mai mult dacă avem în vedere soarta lor. Adesea delictele de debut sînt univoce și, de fapt, atitudinea societății, măsurile punitive în particular, îi izolează și îi fac să comită alte acte antisociale din ce în ce mai grave.

Este necesar să ai reticențe în aproprierea anumitor persoane. Pornind tocmai de la "intuiție" adesea psihopații antisociali, sado-masochiștii sau paranoizii ce

Scanned with OKEN Scanner

creează repulsie. Dar oare noi sîntem "curați"? Nu avem și noi manifestări de violență, banuieli nejustificate sau tendințe sadice? Practic nu există om perfect și fiecare individ are calități care trebuie puse în valoare.

În aceste condiții, psihoterapia inițiată de Cerl Rogers renunță la încărcătura teoretică de neînțeles a altor orientări și se axează pe om. Nu ne interesează diagnosticul, nu trebuie să ne lăsîm conduși de micile reticențe. Dacă încercăm să ne punem în pielea clientului și dacă îl înțelegem vom deveni automat mai toleranți. Evident că nu putem fi de acord cu actele individului, dar aceasta nu înseamnă că îl condamnăm. Dimpotrivă, oricărui om trebuie să îi arătîm că îl acdeptăm și că îi admirăm calitățile. și cînd toată lumea te respinge, cum ai putea să nu te schimbi cînd întîlnești un om care te înțelege? Evident că situațiile de neconcordanță spirituală între doi indivizi constituie cu adevărat o piedică în calea rezolvării problemelor. Dar nu trebuie generalizat. De cele mai multe ori relația terapeutică se poate întemeia dacă privești și cu ochii clientului.

Problema este cu atît mai importantă cu cît există mici regrete pentru comportamentul "anormal". Să remarcăm că în lotul de delincvenți de mai sus, doar doi indivizi erau răspunzători de fapte grave (tentativă de omor, respectiv viol). În rest furtul și tîlhăria au constituit delictul comis. În aceste situații neacceptarea indivizilor înseamnă risipirea ultimei urme de dorință de schimbare. De ce să nu încercîm o atitudine mai umană, mai tolerantă? Să nu

Scanned with OKEN Scanner

uitîm de pilda lui Iisus Christos cu palma dată peste obraz. Fără să pledîm pentru o atitudine de martir, trebuie totuși să-i spijinim pe clienții cu tulburări de personalitate să se schimbe. Dacă inițiem atmosfera favorizantă, transformarea se produce de la sine fără să impunem nimic din exterior. Pentru aceasta sînt necesare doar trei condiții și aceste sînt conform terapiei lui Carl Rogers: empatie, congruență și acceptare necondiționată.

Psihoterapie în practica ritualică creștină

Crumpei

Spitalul Universitar de Psihiatrie "SOCOLA" Iași

Din perspectiva gnoseologică, s-au explorat de-a lungul istoriei omenirii mai multe căi si directii în dorința de a ascede spre adevăr.

Dacă Socrate a coborât filozofia din cer pe pământ desprinzând-o de mistică și mitologie, Aristotel a mers mai departe, desprinzând metafizica de fizică, știința ocupându-se cu cunoașterea realității obiective, imediate, fizice în timp ce filozofia cu ceea ce este dincolo de această realitate (meta-fizica). Cunoașterea a cunoscut secole de-a rândul aceste două căi diferite, una a lumii imanente, a realității fizice și alta transecendentă, spirituală.

A. Compte, punând bazele pozitivismului, a absolutizat cunoasterea ce folosea ca metodă experimentul, deschizând calea dezvoltării stiintelor exacte si încercând

astfel să rezolve dilemele interminabile ale filosofilor ce oscilau între senzualism și rationalism, între gnosticism și agnosticism.

Metoda stiintifică, experimentală, a stat la baza dezvoltării științelor și tehnologiei actuale, fiind o caracteristică a culturii și civilizatiei occidentale așa cum a evoluat ea spre timpurile moderne. Chiar dacă am ajuns să fim dominați de această tehnologie și să considerăm cunoașterea științifică ca singura cale de cunoaștere, concomitent cu realitatea descrisă de stiinte, coexistă si o realitate descrisă pe căi intuitive, de artă, credinte, în general de cultură (Rădulescu Motru, 1996).

Chiar dacă astăzi educația și formarea oamenilor are o vădită orientare pozitivistă, științifică, omul continuă să rămână contradictoriu, orientându-și comportamentul și atitudinea nu doar pe seama unor motivații rationale, logice, ci se pare că, în mod preponderent, comportamentul este dictat de motivatii irationale, inconstiente, generate de o serie de habitudini, credinte si nevoi ce nu-si găseau întotdeauna o explicatie logică, rațională (Jung C.G, 1994). Este rolul supraEu-lui, după cum arată Freud, să direcționeze comportamentul spre un model acceptat la un moment dat de societate, dar de multe ori comportamentul scapă cenzurii constientului, primind o semnificatie inconstientă, după o logică proprie, care nu se suprapune întotdeauna logicii pozitive, stiintifice (Freud S., 1980).

Ca urmare, științele socio-umane care se ocupă de cunoașterea dimensiunii psihologice și a impactului

Scanned with OKEN Scanner

său social și cultural, nu se poate supune în totalitate exigențelor cunoașterii științifice, metodologiei experimentale. Științe ca psihologia, psihosociologia sau chiar sociologia sunt științe care în mare parte se bazează pe observație și analiză, având în spate un caracter empiric si mult prea puțin experimental.

Orice încercare de a crea modele experimentale, este marcată de tendinta la simplificare si schematizare, ce reconstruiesc o realitate care nu se mai suprapune peste realitatea psihologică sau socială. Cel mai bun exemplu este psihoterapia care se vrea a fi o știință, după modelul psihanalizei din care s-a născut, dar care pentru a fi utilă (și deci a se justifica ca știință a vindecării) nu se poate limita la domeniul îngust pe care metodologia experimentală i-o poate oferi (Ionescu G, 1990).

Din această perspectivă, apare mai usor de acceptat că elementele de psihoterapie (ca demers si metodă de vindecare a sufletului prin cuvânt) sunt întâlnite în practica relatiilor interumane, înainte ca psihoterapia sau chiar psihologia să existe ca stiintă.

Asa cum chimia își găseste originile în alchimie, iar astronomia în astrologie, psihoterapia își are originile în practicile ritualice mistice si religioase, în procedurile de exorcizare si purificare din religiile precrestine și care se regăsesc în practica cultică si ritualică crestină.

Psihanaliza, ca si principalele tehnici de psihoterapie prin demersul lor teoretic, oferă terapeutului un construct mental, o ipoteză a structurii psihicului si a mecanis-

Scanned with OKEN Scanner

melor psihologice prin care terapeutul își bazează strategia în intervenția psihoterapică (Dafinoiu I, 1996). Această strategie trebuie să țină cont neapărat de complexul de credințe și valori prin care pacientul își reprezintă realitatea, succesul terapeutic fiind strâns legat de capacitatea terapeutului de a întelege si valorifica aceste credinte.

Multe din aceste tehnici au fost descoperite, de fapt redescoperite si prezentate sub o formă sistematică și cu un limbaj stiintific, ele preexistând științei, fiind folosite sub formă empirică în practicile cultice si ritualice.

În creștinismul incipient, în cadrul clerului care era atunci mult mai larg, alături de cântăreți, cititori, cateheti era si exorcistul care ar reprezenta psihoterapeutul din lumea desacralizată de astăzi. Rolul său a fost luat mai târziu de preot în calitatea sa de duhovnic prin taina mărturisirii, a spovedaniei realizându-se cea mai directă intervenție psihoterapică în practica crestină în care mecanismul de "catharsis" functionează deplin (Eliade M., 1993). În această relație, autoritatea științifică a terapeutului cu puterea ei de convingere și sugestie este înlocuită de autoritatea divină, reprezentată de persoana duhovnicului, care pentru credincios are aceeasi putere sugestivă de formare și transformare interioară necesară schimbării.

Chiar tehnica spovedaniei în sine o regăsim în condițiile necesare tehnicii psihanalitice. Nevoia de interiorizare și desprinderea de realitatea imediată, obținută de psihanalist prin ambientul anodin si relaxant cu excluderea terapeutului din câmpul vizual al pacientului, se rea-

Scanned with OKEN Scanner

lizează si la spovedanie prin izolarea credinciosului fie printr-un perete despărtitor la catolici, fie prin acoperirea cu un veșmânt la ortodocsi si crearea atmosferei de intimitate și interiorizare necesare autoanalizei și introspecției (Vintilescu P., 1995).

Acelasi lucru îl realizează rugăciunea și meditația creștină, cu practici de introspecție și concentrare pe problemă cu rezolvarea apoi a problemei, fie prin transferul ei asupra autorității divine prin rugăciune, fie anularea ei prin oferirea iertării în cadrul tainei spovedaniei. Astfel de elemente psihoterapice sunt si mai evidente în practica mistică și ascetică creștină și mai ales în fenomenul isihasmului, specific crestinismului ortodox în care se regăseste tehnica de relaxare si concentrare, de control a unor funcții fiziologice, fenomene de derealizare și desomatizare pe care psihologia le-a explorat și tehnicile psihoterapice partial le-a asimilat, prin varianta lor orientală, yoghină (Ionescu G., 1990).

Dincolo de astfel de experiente specifice unor comunități călugărești restrânse, cultul și ritualul creștin, întreține în viața fiecărui credincios, prin sturcturarea timpului și spațiului, prin oferirea unui sens existentei, construirea de semnificații ontologice si axiologice, care îi permit o reprezentare asupra realității în care elementul central este dragostea fată de sine, de aproapele său si fată de Dumnezeu.

Pentru psiholog sau psihoterapeut este surprinzător să constate că în crestinism cheia de boltă în jurul căreia se construieste întreaga doctrină este dragostea.

Scanned with OKEN Scanner

Psihologia recunoaște rolul proceselor afective în integrarea și armonizarea personalității, precum si rolul esențial al fenomenelor empatice și transferențiale în relația psihoterapică. Crestinismul evidentiază și utilizează aceste elemente de sute de ani, în felul acesta explicându-se poate impactul pe care le-a avut asupra civilizatiei și culturii europene.

Reprezentările religioase, ca reprezentări colective, sunt imagini ale realitătii cotidiene care întrunesc consensul unui grup, reprezentări ce se interpun între percepții și realitate.

Ele sunt mai presus de opiniile și cliseele consensuale, reprezentând o fortă de determinare a atitudinilor si conditiilor membrilor colectivitătii.

Reprezentările colective au tendința de obiectivare, de ipostaziere ca lucruri, cu rolul ancorării în termenii cunoașterii și experientei individuale și de grup (Radu I, 1994).

Aceste reprezentări colective actionează asupra perceperii realității pornind de la reprezentarea spatiului și timpului până la cele mai complexe elemente ale realității.

Timpul poate avea simultan sau consecutiv mai multe reprezentări. Timpul rural (circumscris de repere naturale, durată lungă, legat de anotimpuri si muncile agricole), timpul religios-liturgic (dictat de ritualurile și cultul religios), timpul astronomic (spațiat de orologiu).

Reprezentările religioase fac parte din acele reprezentări complexe ce se constituie într-un liant a vietii comunitare, oferind sentimentul apartenentei la grup și pre-

Scanned with OKEN Scanner

zervarea identității, fiind un instrument spiritual si chiar institutional de adaptare si coeziune socială.

Teologia creștină oferă numeroase elemente și modele de intervenție psihoterapică, unele tehnici regăsindu-se în practicile cultice si ritualice crestine.

Rolul crestinismului, din perspectiva psihoterapiei, în adaptarea individului la cerintele vietii sociale, în asimilarea abilitătilor de relaționare socială, familială și profesională, asteaptă să fie analizate și utilizate în demersul psihoterapic.

Aceste relatii ar fi mai usor de conceptualizat de către omul de știință dacă ar accepta că înainte de apariția psihologiei și psihoterapiei ca științe, cunoașterea profunzimilor sufletului a fost realizată de filozofie și teologie. Printre Părinții Bisericii Creștine (teologii din primele secole) exista personalitati precum Sf. Ioan Gură de Aur, Sf. Ioan Damaschinul, Sf. Dionisie Pseudoaeropaginul, Sf. Vasile cel Mare etc., care, prin creația lor, au contribuit la construirea și dezvoltarea psihologiei și psihoterapiei înainte ca ele să existe ca științe (Bria I, 1994).

Scanned with OKEN Scanner

Repere psihologice în evaluarea comportamentului disfuncțional la copilul mic (0-10)

Cosmovici, P, Boișteanu, V. Chiriță, Elena Maria Cosmovici, Antoaneta Zamfirache

Universitatea de Medicină și Farmacie "Gr. T. Popa" Iași - Spitalul Universitar de Psihiatrie "SOCOLA" Iași

În cercetarea comportamentului vârstelor mici (0-10) trebuie să ținem seama de precizarea termenilor, având în vedere abordarea ontogenetică în raport de mediul ambiant (cu dominantele: familie și școală).

Comportamentul uman a făcut și face obiectul multor reflecții și variante, de-a lungul timpurilor - dar cercetarea lui sistematică cu un instrument științific special, a debutat abia yn a doua jumătate a secolului al XIX-lea, odată cu constituirea științelor socio-umane. În psihologie - studiul sistematic al comportamentului extern a fost inițiat de programul behaviorist al lui Watson (1913). În ultimile 2-3 decenii s-au identificat cercetările asupra comportamentului din perspectiva "variabilelor intermediare" dintre Stimul și Răspuns. Acestea sunt: sistemul neuroendocrin (creierul) și structurile mentale (cognitive), emergându-se noi orinetări științifice, cum sunt: neurochimia comportamentului, endocrinologia comportamentului sau psihologia cognitivă.

Scanned with OKEN Scanner

Din punct de vedere psihanalitic (Freud, 1905 și 1915), dezvoltarea personalității, implicit a comportamentului, raportat la libido, cunoaște mai multe stadii: 1. stadiul prenatal (și nașterea) când apar noi ajustări pe bază reflexă, separarea de mamă și deschiderea spre lume, plină de non-securitate, cu dificultăți emoționale, pulsionale și afective, dând naștere la anxietate (traumatismul nașterii); 2. stadiul oral, caracteristic primului an de viață, implică ca simptome: suptul, alimentația, prin obținerea unei surse de plăcere ("autoerotism"), unde mama este introiectată, dând naștere la narcicismul primar (iubirea de sine); înțărcatul este prima mare frustrare, când se pierde mama ca hrană și iubire, apărând alte substitute: suptul degetului, al unei bucăți de haină, care mai târziu va putea duce la nevoia și plăcerea de a fuma, la exhibiționism verbal; 3. stadiul sadico-anal (de la 1 la 3 ani), care - după Freud - pune în relație triada: ordine, zgârcenie, încăpățânare, odată cu erotismul anal al copilului. Aceste trăsături de caracter corespund unei fixații anale prin importanța excesivă a curățeniei. Punctualitatea este o rămășiță a dresajului copilului, iar încăpățânarea se leagă de interdicțiile parentale; 4. stadiul falic (de la 3 la 5-6 ani) în care sexualitatea este "masculină" la ambele sexe (analizând pe micul Hans), în care apare declinul complexului Oedip; 5. perioada de latență (de la 6 ani, c-acoperă copilăria mare până la pubertate, 10-11 ani); este o perioadă de "decarnalizare", care nu implică organizarea reală a libidoului, este o perioadă de așteptare în care timp se învață comportamentele,

Scanned with OKEN Scanner

conduitele și atitudinele sub influența socio-culturalului, care vor conveni existenței adulte; 6. stadiul genital - al dezvoltării psihosexuale. Pentru Freud, dezvoltarea personalității și dezvoltarea libidoului, implicit a comportamentului, sunt sinonime.

Din punct de vedere al cauzelor și formelor modificărilor psihocomportamentale (Verza, 1995) "handicapurilor de comportament" indiferent de forma comportamentului (afectiv, cognitiv, verbal, ludic, psihomotori), el se corelează cu structurile dominante ale personalității și de comunicare după "nucleul ereditar al energiei psihice" a copilului. În acest sens, se delimitează un plan intern și un plan extern. În plan intern, se pot consemna următoarele tipuri de modificări psiho-comportamentale (tulburări): anxietăți și frustrări prelungite, instabilitate afectivă și depresie, ostilitate și neacceptarea colaborării cu cei din jur, slabă dezvoltare afectivă și indiferență, izolare și evitarea celor din jur, trăirea unor tensiuni exacerbate prin conștientizarea unor handicapuri, repulsie față de activitate, dereglări ale funțiilor psihice etc. Aceste modificări prin intensități diferite se concretizează în exterior prin: reacții afective instabile și de o anumită intensitate (frică, mânie, furie, râs și plâns nemotivat), agitație psiho-motorie și mișcări dezorganizate, negativism și apatie, teribilism și infatuare, minciună și spirit de contrazicere, furt și vagabondaj, cruzime și aberații sexuale etc.

La vârsta copilăriei (0-10 ani), structurile psihice sunt în continuă formare și dezvoltare, iar posibilitățile de

Scanned with OKEN Scanner

discernere sau de a evita factorii negativi sunt mai eficiente (și de a le corecta).

Din punct de vedere psihopedagogic, educațional-familial și școlar (clasele I-IV) în etiologia ontogenetică a "devierilor", a modificărilor psihocomportamentale, se pot delimita mai multe categorii de "defecte" ale copilului (Berge, 1968):

1. Defecte sâcâitoare: agitație, încetineală, spirit de împotrivire, nesupunere, furie, dependență totală.
2. Defecte umilitoare: obrăznicia, lenea, dezordinea, lipsa de îngrijire, murdăria, purtările urâte.
3. Defecte respingătoare: gelozie, răutatea, hoția, minciuna, tulburările sexuale.
4. Defecte indiferente: egoismul, orgoliul, arivismul, curiozitatea, lăcomia, plictiseala.

Aceste defecte (modificări psiho-cmportamentale) pot fi considerate normale pentru copiii normali - numai că pot face, și chiar o fac - trecerea spre manifestările comportamentului deviant, avându-și izvorul în educație, în contactul cu societatea sau în diverse slăbiciuni psihofizice.

Un tablou clinic al devierilor de conduită încearcă să realizeze și I. Străchinaru (1970), utilizând combinat 3 criterii: nosologic, etiologic și psihopedagogic, obținând 4 categorii de devieri comportamentale: 1. Constituția psihopatoidă (schizoizi, cicloizi, epileptoizi) cu manifestări de inafectivitate sau de hiperafectivitate, de autism și labilitate morală; în faza prespsihotică se consemnează impulsuri nestăpânite de schimgiuire a animalelor, de chinuire persis-

Scanned with OKEN Scanner

tentă a fraților mai mici sau a colegilor de joacă; lingușire, minciună, furt cu violență, pornologie și pornografie, atitudini obscene, perversiuni sexuale, tendință la constituire în bandă cu caracter antisocial; 2. Modificări neuropsihice dobândite prin suferințe encefalice peri sau postnatale: se manifestă prin neliniște motorie, dispersiune și labilitate psihică, hiperexcitabilitate cu durată variabilă, negativisme, refuzul sracinilor, tendință la chiul, minciună, vagabondaj; 3. Schimbări negative între condițiile de mediu fizic și social prin influența negativă a prietenilor dăunătoare, prin fenomene de imitație și contagiune psihică ca rezultat al carențelor mediului familial, școlar, al regimului de viață inadecvat; 4. Schimbări patologice, de natură endo-exogenă, cuprinde toate anomaliile de conduită posibile.

Raportat la reperele de vârstă (0-10 ani, dar, mai ales, 10-20 ani), modificările psihocomportamentale și manifestările deviației se fac în funcție de dezvoltarea bio-psiho-socială, de anumite stadialități ierarhice, mature sau imature, cu toată intervenția polifactorială a agenților stresanți, anxioși, conflctuali etc. În acest sens, P. Brânzei, Gh. Scripcaru și T. Pirozynski (1970) menționează că "comportamentul deviant infantilo-jvuvenil recunoaște cauze bio-psiho-sociogene. În prima situație deviația de comportament apare ca un epifenomen al dereglărilor organice, dar mai frecvent acești factori se interferează, condițiile biogene creând fondul pe care acționează situațiile particulare din viața copilului, ce duc la inadaptări comportamentale". Una din cauzele fundamentale ale tulburărilor

Scanned with OKEN Scanner

de comportament, după autori, este carența de afectivitate "demonstrată de inadaptările unor copii din leagăne sau casele de copii care își structurează personalitatea dizarmonică prin lipsa afectelor și a impulsurilor afective. Copilul care nu a primit dragoste este incapabil de a se dărui afectiv pentru că nici el nu a primit-o, va fi lipsit de demnitatea de a fi iubit și aceasta va structura o personalitate egocentrică, cu reacții instinctive primare. Dra-gostea maternă (tatăl având un rol autoritar) este tot atât de necesară dezvoltării psihice armonioase a copilululi ca și laptele matern".

În perioada preșcolară (3-6 ani) la copii mici, comportamentul are anumite caracteristici: "Minciuna apare ca un act agresiv sau de apărare, consumul verbal. Sugestibilitatea este accentuată prin nediferențierea dintre ego și alter". Deci, minciuna - mai ales la preșcolari - poate fi agresivă (pentru a provoca pedeapsa cuiva, frate, coleg) sau poate fi de apărare, cu scopuri evazive sau de lăudăroșenie (când copilul își imaginează); sugestibilitatea este foarte mare, nefăcându-se diferențierea între eu și altul. Conduitele legate de interdicții sunt greu suportate (deposedarea de jucării); în același timp, apare teama de pedeapsă și "durerile" privării afective. Agresivitatea se declanșează ușor și se poate perpetua și intensifica. Comportamentele deviante se manifestă prin dominante ca: teama de sancțiune, inadaptarea socială și, foarte rar, aspecte antisociale și aproape deloc sau accidental, sinuciderea și crima.

Scanned with OKEN Scanner

La școlarul mic (7-10-11 ani) persistă minciuna, mai ales din instinctul de apărare care are o pondere mare în mediul familial și școlar. Tot în caesată perioadă se poate manifesta fuga de acasă, ca prime semne ale vagabondajului. Fugile de acasă pot fi reacții în familiile dezorganizate sau situații școlare tensionate sau prin imitație, influența străzii sau nevoia excesivă de aventură. Se știe fuga de acasă și vagabondajul împing la înșelătorii și cerșetorii.

Furtul se manifestă mai ales în însușirea obiectelor școlare (gume, creioane, ceasuri etc.) la început ca reacție de moment sau ca să fie dăruite. Bătaia poate fi de apărare, de terorizare sau pentru a lua un obiect; conflictele se rezolvă prin bătaie și ele se extind latent ca durată. Piromania, plăcerea copilului de a se juca cu focul și cu chibriturile, poate apărea ca o manifestare predelictuală.

În evaluarea modificărilor trebuie să se țină seamă de "cognoscibilitatea vârstelor" în sensul corelării cu tadialitățile dezvoltării inteligenței, după Piaget, cu dominantele activității și a situațiilor, relevându-se un Q.I. pedagogic, clinic, Q.I. socio-comportamental, prin instrumentar testabil adecvat, în cadrul conceptului bio-psiho-social, concept fundamentat și dezvoltat de P. Brânzei în psihiatrie, prin depistarea și dispensarizarea precoce și control periodic în cabinete de specialitate (tip L.S.M. - Crisis) prin reeducare instittționalizată și psihoterapie direcționată în ortopedagogia caracterului în cadrul centrelor medico-psihologice prin activitate de echipă în coluționarea problemelor.

Scanned with OKEN Scanner

Evaluarea psihometrică a simulării

A. Dumbravă
Universitatea Al.I. Cuza Iași

Prima interogație căreia trebuie să răspundă, explicit sau implicit, orice clinical este legată de validitatea simptomatologiei acuzată de pacient. Luarea în calcul în cadrul algoritmului diagnostic a unei astfel de întrebări nu pornește de la prezumția "vinovăției" pacientului de a prezenta medicului o simptomatolgoie contrafăcută ci de la postulatul că orice acțiune - predominant organică sau exclusiv psihică - se însoțește de modificări spihologice, conștiente sau preconștiente pentru pacient, mai mult sau mai puțin evidente pentru examinator.

Adesea rezultatele clinice curente sunt derunatnte pentru medic,fie prin neconcordanța dintre acuzele subiective și semnele obiective, fie prin inconsistența unor asocieri simptomatologice. Aceasta indică posibilitatea implicării semnificative a unor mecanisme sau mimarea deliberată a unor semne și simptome recunoscute ca atare de către subiect ca fiind nativ inexistente (cazul tulburării factice și, respectiv, al simulării) ori despre construirea inconștientă a unor tablouri psihopatologice ce reproduc (adesea foarte reușit) neuropsihică veritabilă (cazul tulburărilor somatoforme).

Scanned with OKEN Scanner

SIMULAREA ÎN PRACTICA CLINICĂ

În sens larg. simularea se referă la totalitatea formelor de distorsionare voluntară a imaginii asupra stării sale somatice sau mentale prezentată de persoană în vederea atingerii unui scop conștientizat. Este așadar, o reconstrucție denaturată a imaginii exterioare a subiectului, neînsoțită de încercări de alterare a stării reale somatice sau mentale, pentru obținerea unei cât mai bune concordanțe cu imaginea artificială astfel avansată.

Câteodată convorbirea clinică dezvoltată pornind de la o anamne minuțioasă (axată nu doar pe antecedente biologice) ca și observația detaliată din cursul întâlnirilor repetate sunt suficiente pentru a developa caracterul imaginar al unora dinter acuzele pacientului. Frecvent, însă este necesar apelul la resurse psihodiagnostice mai elaborate.

RESURSE PSIHOMETRICE ÎN DIAGNOSTICUL SIMULĂRII

Egal distanțate ca valoate și limite de aplicabilitate clinică, de metodele psihofiziologice (precum diagnoza electro-dernală, "detectorul de minciuni") pe de o parte, și de hipnoză clasică și narcoză amitalică - pe de alta, metodele psihometrice permit o pre-orientare facilă asupra celor mai variate forme de simulare întâlnite în practica medicală.

Scanned with OKEN Scanner

A. SCALE DE VALIDITATE ALE INVENTARELOR DE PERSONALITATE

Confruntați cu posibilitatea obținerii unor răspunsuri de fațadă deci irelevante, la chestionare de diverse naturi, psihologii au introdus în design-ul instrumentelor lor seturi de întrebări specific concepute pentru a detecta corectitudinea și onestitatea generală a subiectului în cursul investigării. Așa sunt, de pildă. itemii scalelor "L", "K" și "F" ale Inventarului Multifactorial Minnesota de Personalitate, "L" a Chestionarului Eysenck de Personalitate sau "Gi", "Wi" și "Cm" ale Inventarului Psihologic California.

Concepute fie sub forma unor afirmații cu răspuns de mare probabilitate dar aparent indezirabil social (e.g., răspunsul afirmativ la formularea "Nu-mi plac toate persoanele pe care le cunosc" ori cel negativ pentru enunțul "Servesc masa la fel de îngrijit acasă ca și atunci când sunt în vizită la cineva") și carem, din acest motiv, va fi evitat de unii subiecți , fie sub forma unor declarații de mică probabilitate dar aparent cu mare semnificație diagnostică (e.g., "Nu-mi pot aminti din ceea ce mi se întâmplă"), aceștia au fost reținuți, dintr-o mare varietate de itemi asemănători, pe baza relevanței psihometrice (discriminabilitate, fidelitate, validitate) a distincției yntre subiecți cărora li s-a cerut special să dea răspunsuri false urmărind un scop predeterminat și bolnavii reali.

Deși grevate de riscul minimalizării de către subiect a importanței modulatorilor lingvistici (de tipul întotdeauna/nicio-

Scanned with OKEN Scanner

dată, adesea/uneori, totul sau nimic), esențial pentru majoritatea itemilor relevanți în acest mod și de caracterul cronofag al administrării, obligatoriu integrale, a instrumentelor psihometrice din care fac parte, scalele de validitate ale inventarelor de personalitate oferă o imagine generală a atitudinii subiectului față de examinarea clinică și a tendințelor sale de a distorsiona autencititatea imaginii sale bio-psihice reale.

B. TESTE DE VALIDITATE SIMPTOMATOLOGICĂ

Probe generale

Concepute inițial, pentru a descoperi posibile etiologii neurale ale tulburărilor psihice, unele probe neuropsihologice s-au dovedit a fi sensibile și în a diferenția simularea; printre acestea testul Bender-Gestalt (Bender, 1946; Hutt, 1977), Testul Benton de Retenție Vizuală (Benton, 1974; Benton, Spreen, 1961, Spreen, Benton, 1963) sau Indexul Porch de Abilități Comunicaționale (Porch et. al., 1967).
Chiar unele probe proiective (e.g., Testul Rorschach) s-au dovedit utile în identificarea unor tendințe către simulare (Benton, 1945).

Probe specifice

Adresându-se direct simulării entități psihopatologice precizate (e.g., tulburări de limbaj, tulburări intelectuale) unele teste de validitate simptomatologică sunt astfel construite încât majoritatea bolnavilor mentali, cu excepția celor sever

Scanned with OKEN Scanner

retardați și a celor cu leziuni cerebrale masive, le rezolvă complet, cu mai mult sau mai puțin efort (și evident, în condițiile obținerii unei complianțe diagnostice eficiente). Așa sunt, pentru cazul memoriei de exemplu Testul celor 15 Itemi (Rey, 1964), bazat pe regula grupării itemilor similari, în cursul memorării lor (Miller, 1956), Testul Punctelor (Rey, 1941), conceput pornind de la legitatea creșterii progresive, odată cu creșterea amplitudinii sarcinii, a timpului de lucru necesar rezolvării acesteia, chiar dacă variația de amplitudine e prezentată subiectului într-o ordine arbitrar aleasă sau Testul de Recunoaștere a Cuvintelor (Rey, 1941), construit pe temeiul superiorității generale a recunoașterii în raport cu evocarea mnezică (a se vedea, pentru detalii, Baddelely, 1990).

Mai mult, un test de tip Pankratz de validitate simptomatică (Pankratz, 1979; Pankratz et al., 1975), adaptat acuzelor specifice ale aproape oricărui subiect în parte, poate fi elaborat pornind de la semnificația devierilor de la subiect în parte, poate fi elaborat pornind de la semnificația devierilor de la valoarea probabilistică a comportamentului perfect aleator (50 % răspuns corect/ 50 % răspuns eronat, pentru o situație bimodală elementară) în cazul diverselor sarcini relevante clinic.

C. "EXPERIMENTE" AD - HOC DE VALIDITATE

Într-o manieră analogă celei specifice testelor de tip Pankratz, o mare varietate de situații experimentale de verificare a unor posibile contradicții intrinseci tabloruilor clinice

Scanned with OKEN Scanner

ilustrate de subiecți pot fi concepute pornind de la premiza relativei ignoranțe a acestora în sfera complexă a psihopatologiei. De exemplu, tot așa cum anesteziile "în mănușă" sau "în jartieră" de cauză centrală sau contrazise de datele beuroanatomiei, tot astfel anumite asocieri/disocieri psihopatologice pot fi puse la îndoială pe baza informațiilor epidemiologice sau ale practicii clinice (precum cele sintetizate în legile lui Ribot și Pitres de disoluție cognitivă ori în complicata "logică a sentimentelor".)

REMARCI FINALE

Departe de a fi infailibile, metodele psihometrice permit, prin utilizarea lor concertată și coroborarea cu datele clinice, diferențierea corectă între simptomatologie ca și a motivației acestora, atât de relevante pentru practică.

Scanned with OKEN Scanner

Profesiune de credință

Gheorghe Scripcaru

În viața contemporană, atotputernicia științei se extinde, în mod inevitabil, asupra raporturilor omului cu lumea externă, științele tinzând a înlocui filosofia, caracterul pozitiv al științei fiind pus la originea decăderii lumii spiritului. În acest context, repostularea sensului descoperirilor științifice în cadrul reanimării cultului pentru om și al resuscitării umanismului, devine imperios. Cum cunoașterea și știința sunt inevitabile, numai științele umaniste, antropologia, printre care și psihiatria, tind a îmbogăți filosofia și a da sens științei ca deschidere spre om (cum spunea Adorno), a stabili criteriile adevărului din lumea psihică ca normă de gândire și reprezentare.

În acest demers, psihiatria își caută sprijin în natural și verosimil, în sinceritatea observației și în știință, fapt ce augmentează lărgirea orizontului său cultural și viziunea sa integrativ - antropologică. Aceasta, pentru că, dintotdeauna, interogațiile filosofice ale psihiatriei au dat fundament teoretic stăpânirii nebuniei, au făcut din normalitatea psihică o noțiune epistemică, iar din nebunie o problemă medicală. Mai mult, deoarece **"Creierul și genele nu pot rezuma ființa"**, taina pe care altul o închide în selful său necesită știință și conștiință, pentru a nu reduce omul la un obiect fără suflet și a priva lumea de

miracol. Altfel, banalitatea ar deveni o a doua cădere a lumii, după păcatul originar (Heidegger).

O psihiatrie pioasă, cum ar numi-o Foucault, obligă deci a înțelege că nebunia se învecinează cu normalul, așa cum adevărul se învecinează cu eroarea. Partajarea lor cere, **a fortiori,** un plus de calități raționale și afectiv-umane. Psihiatria necesită, astfel, nu numai talent, ci și har, iar după Popper, cât timp în nebunie există și un rest de rațional, progresul rațiunii către normalitate devine posibil. Prin aceasta, psihiatria depășește cazuistica și contribuie la elaborarea criteriilor binelui și adevărului, ce ajută la descifrarea lumii mentale, la căutarea ruinelor și sensului aberant al unei construcții mentale, alăturea de lume, la dezvăluirea semnificațiilor ascunse ce străbat lumea umană.

Din atare realități decurge constatarea faptului că psihiatria este un drum dificil dar sublim și plin de grandoare, atât prin permanenta deschidere între inițiere umană cât și prin sporul de sensibilitate adus lumii actuale. De aceea, de la boală și alienare, psihiatria glisează astăzi către un discurs relațional-reactiv, către o psihiatrie a sufletului printr-o vocație antropologică, ceea ce, departe de a o limita, o deschide în mod permanent.

De la imaginea unui grup de femei nebune de pe un dâmb din curtea unui spital, "păzite" cu niște pari de gardieni, de la bolnavul închiaustrat într-o cușcă metalică din alt spital sau care își mușcau saltelele într-un ospiciu, astăzi, între psihiatrie, cu trăsăturile sale umane inamo-

Scanned with OKEN Scanner

vibile, pe de o parte, și structurile instituționale, pe de altă parte, se stabilesc noi raporturi, ghidate de efortul că, deși căile de realizare sunt dificile, țelurile nu pot fi însă compromise. Psihiatria, în cadrul acestor raporturi, protejează libertatea omului, dă soluții conflictelor și diferențelor psihice inerente și toate acestea numai în spiritul binelui uman. Dar rolul de a proteja pe cei deficitari sau rătăciți revine nu numai psihiatriei, ci și societății, pentru asigurarea unei vieți acceptabile. O societate va fi bună când va garanta tuturor aspirația spre realizări dorite, când nimeni nu va fi lăsat deoparte, aprioric condamnat și etichetat sub aspect psihic, lăsat pradă privațiunilor. Într-o astfel de societate în care nu este permisă decât suferința ce vine de la natură, comunitatea trebuie să realizeze, faptic și nu retoric, realitatea că nucleul noii ideologii a drepturilor omului este dreptul la sanctitatea vieții și la integritate psiho-fizică. O societate bună trebuie să atenueze inechitățile aduse de boală tot așa cum trebuie să elimine discriminarea șanselor. În plus, printr-o autoguvernare inteligentă, cei deficitari trebuie să fie feriți de orice segregare, rezervând fiecăruia aspirația și satisfacția de a trăi conform potențialului psihic pe care natura i l-a conferit și mediul i l-a perfectat.

În orice condiții, mesajele complexe ale muncii psihiatrului se află "între extazul ceresc al spiritului și realitatea nebuniei". Căci, istoria nebuniei, cum spunea Foucault, a fost scrisă ca un fapt natural dar a fost considerată un fapt cultural, iar psihiatria nu a fost decât forma

Scanned with OKEN Scanner

istorică a raportului dintre rațiune și nebunie. Oprită în fața unei atări borne, în fața îndoielii firești a evaluării nebuniei, rolul psihiatrului a fost și este acela de a aduce geniul său tămăduitor în noianul unor cuvinte uzate și a unor judecăți false. De aceea, el supraviețuiește totdeauna numai în stare de alertă, este mereu în căutarea unei ordini logice la dezordinile gândirii, este expus la pericolele deciziei dar și la o transparență calmă, profundă și deschisă. Totdeauna psihiatrul rămâne un observator cu spirit cartezian ascuțit, un specialist în care îndoiala rezonabilă devine metoda sa euristică de lucru și care, alături de sensibilitatea sa sufletească, realizează excelența exemplarității și comunicării cu boala și cu bolnavul. Așa cum iubirea de absolut duce către mister, tot astfel, omagiul adus istoriei tăcute a psihiatrilor îi dă ocol, prin alteritatea sănătății și nebuniei, reîntorcându-se la sine, la interioritatea tăcută a conștiinței de sine prin reflectarea adevărului și compasiunii umane. Întoarcerea la logosul ce ridică singularul la rangul de concept, de paradigmă, amplifică, în mod evident cunoașterea raționalității lumii noastre psihice, ca și a impasurilor ei.

Discursul psihiatric se focalizează cu un omagiu aparent inutil în fața evidențelor științifice și umane ale psihiatrului a cărui muncă științifică am perceput-o ca o legendă a unei pasiuni trăite la un gradient maxim de intensitate, ca elan al unei subiectivități orientată permanent către amplificarea acestui elan. Prin noile constructe de psihiatrie dinamică, de criminologie clinică, de victimo-

Scanned with OKEN Scanner

logie sau de risc de etichetare psihică, acest psihiatru a dominat timpul său psihiatric prin înțelegerea bolnavului, despuiată de orice fanatism sau totalitarism mental și a dat astfel viață itinerariului său psihiatric de demnitate științifică și umană. Acest psihiatru a conferit psihiatriei o matrice și o armătură filosofico-umană și științifică temeinică, au explorat umbrele ce însoțesc rațiunea și pe care a scos-o la lumină cu sobrietatea și probitatea sa științifică și umană.

A sesizat și studiat cu competență și umanism destructurarea ființei noastre psihice consecutivă închiderii conștiinței în fața lumii valorilor și deci a "alienării ce anulează crima". A descifrat devianța ca un șoc cu natura umană care-i zădărnicește esența, ca o pierdere a libertății prin capacitatea personalității și sustragerea sa de la autonomia voinței și a conștiinței de sine. A fundamentat pragmatic abaterile de la traiectoria axiologică a eului, de la conștiința structurată prin existența pozitivă trăită, de la intenționalitatea morală și reprezentarea corectă și indefinită a normelor. *Per a contrario*, a văzut în această traiectorie a eului spre nomotetic și transcendență, aptitudinea omului de a se defini în afara lui însuși și în relațiile cu alții. De aici au plecat criteriologia și hermeneutica discriminării sau nondiscriminării expertale ce le-au permis a le opune imposturii sau iluziilor psihiatrice. Credința în psihiatrie i-a fost o imunizare contra neliniștilor profesionale, iar căutarea neliniștii pozitive a creației i-a conferit aura caracteristică marilor maeștri. Din conștiința pluralității și

Scanned with OKEN Scanner

respectului diferențelor decurge dreptul său la propria-i identitate. În condiții în care viața riscă a-și pierde idealurile și sensurile, el a păstrat nealterată condiția deontică a specialității, psihiatria devenind o cale și o strategie de supraviețuire și care, alături de cultură, i-a făcut dificultățile suportabile. Discursului său dintr-un spațiu social dat i-a corespuns fidel un spațiu mental de realizare, o sensibilitate a vocației psihiatrice prin care psihiatria i-a aparținut pentru că i-a dat sensul uman și științific deplin. Capacitatea de trăire interioară, empatia și perceperea nedeformată a naturii umane și a sensurilor i-au fost matrici puse la temelia umanismului medical. Și ce profesiune de credință mai sublimă și mai încărcată de grandoare, în favoarea psihiatriei, o poate construi și afirma un slujitor al ei? Acest psihiatru și-a asigurat astfel privilegiul conștiinței depline în lupta pentru afirmarea "suveranității psihice" în condițiile în care subzistă riscul secularizării psihicului și bolnavului de către o penetrație exclusiv tehnologică. În ambiguitățile și neliniștile psihicului uman, prin psihiatrie, el a căutat luciditatea, de unde poate și "splendida invidie" ce l-a făcut să devină spirit conștient și subiect al certitudinii, prin care, respectul omului redus la esența sa, a fost condiția unei profesiuni de credință. Acest psihiatru, "spirit baroc" al desfășurării ideilor, pentru care, cuvântul normei a fost legitimat și autorizat de discursul pentru adevăr, a fost, în final, un vinclum juris ce ne-a legat și diferențiat. În raporturile prescriptive cu legea, el a inițiat o psihiatrie cât mai pozitivistă, o criteriologie cât mai știin-

Scanned with OKEN Scanner

țifică, încât astfel, efortul său devine un model de realizare, un model de adeziune și distribuție valorizată de către fiecare asupra sa.

Cel pe care l-am omagiat ca sens uman al unei dificile specialități și al unei originale creații și prin care a fost marker-ul unei îndelungi activități psihiatrice este profesorul Tadeusz Pirozynski. Spirit viu și ascuțit ce cu greu îți dă dreptate, este o combinație unică de măiestrie, caracter, inteligență și personalitate, în care dialogul frumosului cu adevărul a fost frontiera sufletului său și mitologia vieții lui. Pentru mine, prietenia sa profesională, ca și a celorlalți distinși psihiatri din "Socola", a fost mândrie și învățătură, bucurie fără fisură sau emfază, de aceea, omagiind chiar și "majestatea absurdului mental", să continuăm să obținem mărturia prezenței umanului, să admirăm acest drum dificil dar de îmbogățită inițiere, astfel ca, mergând în continuare cu capul sus, să asigurăm climatul unei permanete și persuasive revelații psihiatrice.

Scanned with OKEN Scanner

INDEX AUTORI
INDEX OF AUTHORS

ABORDAREA PSIHOTERAPIEI DIN PERSPECTIVA CONCEPTULUI CONSTRUCTIVIST BIO-PSIHO-SOCIAL ȘI A ORIENTĂRII UMANISTE 21

APPROACH OF PSYCHIATRY FROM THE VIEWPOINT OF A CONSTRUCTIVIST BIO-PSYCHO-SOCIAL CONCEPT AND OF HUMANIST ORIENTATION 21

Magda Luchian, P. Boişteanu

Spitalul Universitar de Psihiatrie "Socola" Iaşi

DIVERSITĂȚI PSIHOTERAPEUTICE ÎN ASISTENȚA PSIHIATRICĂ INTRASPITALICEASCĂ 28

PSYCHOTHERAPEUTIC DIVERSITIES WITHIN PSYCHIATRIC INTRAHOSPITAL CARE DELIVERY 28

Magda Luchian, P. Boişteanu

Universitatea de Medicină și Farmacie "Gr.T.Popa" Iași

Spitalul Universitar de Psihiatrie "SOCOLA" Iași

REACTIVITATE PSIHICĂ ȘI NECESITATE JURIDICĂ ... 39

PSYCHIC REACTIVITY AND JURIDIC NECESSITY 39

Gh. Scripcaru, T. Pirozynski

Universitatea de Medicină și Farmacie "Gr.T.Popa"

EXPECTANȚELE - ELEMENTE CENTRALE ALE RELAȚIEI PSIHOTERAPEUTICE 45

EXPECTANCES = CENTRAL ELEMENTS OF PSYCHOTHERAPEUTIC RELATIONSHIP 45

Roxana Brânzei, N.Cosmovici, P.Boișteanu, V. Chiriță, M.Dragomir

Spitalul Universitar de Psihiatrie "SOCOLA" Iași

Scanned with OKEN Scanner

PROBLEME PRACTICE ALE ORGANIZARII GRUPURILOR PSIHOTERAPEUTICE 52
PRACTICAL PROBLEMS OF ORGANIZING PSYCHOTHERAPY GROUPS 52
E. Albert-Lörincz, A.Rácz
Universitatea Babes-Bolyai Cluj-Napoca, Centrul de Sănătate Publica - Târgu Mureș

IMPLICAȚIILE CLINICE ALE ANXIETATII 70
CLINICAL IMPLICATIONS OF ANXIETY 70
Manuela PARASCHIV, Magda LUCHIAN, P.BOIȘTEANU
Spitalul Universitar de Psihiatrie „Socola" Iaşi

ANXIETATEA SĂLII DE AȘTEPTARE 80
THE ANXIETY OF WAITING ROOM 80
Manuela Mihai, Magda Luchian, P. Boisteanu
Spitalul Universitar de Psihiatrie "SOCOLA" Iasi
Universitatea de Medicină si Farmacie "Gr.T.Popa" Iasi

SOMATOANALIZA - O ABORDARE INTEGRATIVĂ ȘI ECLECTICĂ 87
SOMATO-ANALYSIS - AN INTEGRATIVE AND ECLECTICAL APPROACH 87
Magda Luchian, Flavia Onofrași, Manuela Mihai, I.Călugăru

PLACEBO-PSIHOTERAPIE 94
PLACEBO PSYCHOYHERAPY 94
Roxana Brânzei, P. Boisteanu, V. Chirita, N.Cosmovici, M. Selaru
Spitalul Universitar de Psihiatrie "SOCOLA" Iaşi - UMF Iaşi

METAFORA CA STRATEGIE CREATIVA ÎN PSIHOTERAPIE 103

Scanned with OKEN Scanner

METAPHOR AS A CREATIVE STRATEGY IN PSYCHO-THERAPY 103
Camelia Puzdriac
Spitalul Universitar de Psihiatrie "SOCOLA" Iaşi

PSIHOTERAPIA DE GRUP LA BOLNAVII CU TULBURARI NEVROTICE 120
GROUP PSYCHOTHERAPY IN PATIENTS WITH NEUROTIC DISORDERS 120
A.G.Nacu, M.Ravenco, M.Hotineanu, C.Turcan, A.A.Nacu, Emilia Boşneaga
Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie "N.Testemiţeanu" - Chişinău

STRATEGII TERAPEUTICE ÎN TULBURARILE DE PANICA 129
THERAPEUTIC STRATEGIES IN PANIC DISORDERS .. 129
Ioana Micluția
Universitatea de Medicină și Farmacie
Cluj-Napoca

STRESUL SI IMAGINEA DE SINE ÎN ODONTOLOGIE... 140
STRESS AND IMAGE OF THE SELF IN ODONTOLOGY 140
I.Coman*, Magda Luchian, Manuela Paraschiv, P.Boișteanu*****

IMPORTANTA CONFIGURATIEI PSIHOLOGICE SI A FACTORILOR SOCIALI ÎN TENTATIVELE AUTOLITICE 151
THE IMPORTANCE OF PSYCHOLOGICAL PICTURE AND SOCIAL FACTORS IN SUICIDAL ATTEMPTS 151
Andreea Silvana Szalontay, Irina Bălăuță, Carmen Grigorovici
Spitalul universitar de psihiatrie " Socola" Iași

Scanned with OKEN Scanner

PSIHOTERAPIA DE GRUP ÎN NEVROZA ISTERICĂ 159
GROUP PSYCHOTHERAPY IN HYSTERICAL NEUROSIS 159
Gh. Cărăuşu, N. Oprea
Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie "N.Testemiţeanu" - Chişinău

PSIHOTERAPIA TULBURĂRILOR DE CONVERSIE 162
PSYCHOTHERAPY OF CONVERSION DISORDERS 162
Gh. Cărăuşu, N. Oprea
Universitatea de Stat de Medicină şi Farmacie "N.Testemiţeanu" - Chişinău

PLACEBOTERAPIA ÎN ACTIVITĂŢI DE PSIHOTERAPIE INDIVIDUALĂ LA BOLNAVI DE ETILISM CRONIC..... 166
PLACEBO THERAPY IN ACTIVITIES OF INDIVIDUAL PSYCHOTHERAPY IN PATIENTS WITH CHRONIC ETHILISM 166
Gh. Nedelciuc, P. Boişteanu, M. Şelaru
Universitatea de Medicină şi Farmacie "Gr.T.Popa" Iaşi Iaşi
Spitalul Universitar de Psihiatrie "SOCOLA" Iaşi

MECANISMELE BIOFOTONICE ALE PROCESELOR PSIHICE..... 173
Daniela Mariana Manu
Inspectoratul Scolar Judetean Iaşi

PSIHOTERAPIA POZITIVA - METODA INTEGRATIVA ÎN PSIHOTERAPIA INDIVIDUALA SI DE GRUP..... 179
POSITIVE PSYCHOTHERAPY - INTEGRATIVE METHOD IN INDIVIDUAL AND GROUP PSYCHOTHERAPY..... 179
Chivoiu, O.Boriceanu-Chivu, A. Nicoara, D.Don, I. Fodoreanu

Scanned with OKEN Scanner

Clinica de Psihiatrie, Universitatea de Medicina si Farmacie "Iuliu Haţieganu", Cluj-Napoca

ASPECTE PSIHOTERAPICE ÎN PRACTICA PEDOPSIHIATRIE..... 191
PSYCHOTHERAPEUTIC ASPECTS IN PEDOPSYCHIATRIC PRACTICE..... 191
Gh. Carausu
Universitatea de Stat de Medicina si Farmacie "N.Testemiteanu" - Chişinau

RELAŢIA TERAPEUTICA ÎN PEDOPSIHIATRIE CONTRIBUŢII PERSONALE..... 193
THERAPEUTIC RELATION IN PEDOPSYCHIATRY PERSONAL CONTRIBUTIONS..... 193
Adriana Panaitescu
Spitalul Universitar de Psihiatrie "SOCOLA" Iasi

INTERVENŢIA PSIHOTERAPEUTICA COGNITIV-COMPORTAMENTALA ÎN CONSTIENTIZAREA ŞI CORECTAREA TULBURĂRILOR DE CONDUITĂ LA ADOLESCENT..... 195
COGNITIVE-BEHAVIOURAL PSYCHOTHERAPEUTIC INTERVENTION FOR THE AWARENESS AND CORRECTION OF CONDUCT DISORDERS IN ADOLESCENTS..... 195
Antoaneta Zamfirache, P. Boisteanu, Cornelia Singher
Universitatea de Medicina si Farmacie "Gr.T.Popa" Iaşi Spitalul Universitar de Psihiatrie "SOCOLA" Iaşi

PSIHODRAMA DE GRUP LA ADOLESCENTA DUPA DOI ANI DE EXPERIENŢĂ PERSONALĂ..... 207
GROUP PSYCHODRAMA IN ADOLESCENCE AFTER TWO YEARS OF PERSONAL EXPERIENCE 207

Scanned with OKEN Scanner

Adriana Panaitescu
Spitalul Universitar de Psihiatrie "SOCOLA" Iasi

PROIECT PRIVIND SERVICII DE PSIHOTERAPIE, CONSILIERE ȘI ASITENȚĂ SOCIALă PENTRU PACIENTII DE VÂRSTA A TREIA AFLATI ÎN CENTRUL ALZHEIMER AL SPITALULUI "SOCOLA" IAȘI 210
PROJECT REGARDING SERVICES OF PSYCHOTHERAPY, ADVICE AND SOCIAL CARE FOR PATIENTS OF 3RD AGE WITHIN ALZHEIMER CENTER OF "SOCOLA" HOSPITAL IAȘI 210
Gabriel Crumpei, Silvia Firicel, Lacramioara Farcasel
Spitalul Univ. de Psihiatrie "Socola" Iasi -Centrul Alzheimer

CU PRIVIRE LA PSIHOTERAPIA FAMILIALA ÎN STĂRILE NEVROTICE 214
ON FAMILY PSYCHOTHERAPY IN NEUROTIC STATES 214
N. Oprea, Gh. Carausu, M. Revenco
Universitatea de Stat de Medicina si Farmacie "N.Testemițeanu" - Chișinau

PSIHOTERAPIA SUGESTIVA ÎN INSOMNIE 216
SUGGESTIVE PSYCHOTHERAPY IN INSOMNIA 216
N. Vlad, Lenus Gurguta
Spitalul de Psihiatrie Botoșani

TULBURAREA DE STRESS POSTRAUMATICA - PROBLEMATICA DIAGNOSTICA SI TERAPEUTICA - PREZENTARE DE CAZ - 224
POSTTRAUMATIC STRESS DISORDER - PROBLEMS

Scanned with OKEN Scanner

OF DIAGNOSIS AND THERAPY CASE HISTORY REPORT 224

Rodica Enache, Camelia Puzdriac, Mihaela Chelariu, Cristina Ababei

Universitatea de Medicina și Farmacie "Gr.T.Popa" Iași - Spitalul Universitar de Psihiatrie "SOCOLA" Iasi

TERAPIA SUGESTIVA ÎN CEFALALGII 238

SUGGESTIVE THERAPY IN CEPHALOALGIAS (HEADACHES) 238

Lenuș Gurguța, N. Vlad

Spitalul de Psihiatrie Botoșani

PSIHOTERAPIA COGNITIV-COMPORTAMENTALA MODALITATE DE DETENSIONARE A STARILOR DEPRESIVE ÎN FAMILIA CU PROGENIE AUTISTA 245

COGNITIVE-BEHAVIOURAL PSYCHOTHERAPY - DETENSIONING MANNER OF DEPRESSIVE STATES IN FAMILIES WITH AUTISTIC PROGENY 245

Antoaneta Zamfirache, Maria Cosmovici, N. Cosmovici

Spitalul Universitar de Psihiatrie "SOCOLA" Iasi

STUDIU EXPERIMENTAL, PRIVIND EFECTELE PSIHOTERAPIEI DE GRUP CU DURATA SCURTA ÎN TRATAMENTUL DEPRESIEI 255

EXPERIMENTAL STUDY REGARDING THE EFFECTS OF SHORT GROUP PSYCHOTHERAPY IN THE TREATMENT OF DEPRESSION 255

Cristina Ababei, S.Turliuc, Rodica Enache, Mihaela Chelariu, C. Borza

Universitatea de Medicina si Farmacie "Gr.T.Popa" Iasi Spitalul Universitar de Psihiatrie "SOCOLA" Iași

Scanned with OKEN Scanner

PSIHOTERAPIE PENTRU PSIHOPAȚI 264
PSYCHOTHERAPY FOR PSYCHOPATHIC PATIENTS 264
M.Tetraru, Manuela Horopciuc
Universitatea de Medicina si Farmacie "Gr.T.Popa" Iasi
Centrul de Diagnostic si Tratament Titan București

PSIHOTERAPIE ÎN PRACTICA RITUALICA CRESTINA 268
PSYCHOTHERAPY IN THE CHRISTIAN RITUAL PRACTICES 268
G. Crumpei
Spitalul Universitar de Psihiatrie "SOCOLA" Iași

REPERE PSIHOLOGICE ÎN EVALUAREA COMPORTAMENTULUI DISFUNCȚIONAL LA COPILUL MIC (0-10) 275
PSYCHOLOGICAL MILESTONES IN ESTIMATING DISFUNCTIONAL BEHAVIOUR IN INFANCY (0-10) 275
Cosmovici, P, Boișteanu, V. Chiriță, Elena Maria Cosmovici, Antoaneta Zamfirache
Universitatea de Medicină și Farmacie "Gr. T. Popa" Iași - Spitalul Universitar de Psihiatrie "SOCOLA" Iași

EVALUAREA PSIHOMETRICă A SIMULĂRII 282
PSYCHOMETRIC ESTIMATION OF STIMULATION 282
A. Dumbravă
Universitatea Al.I. Cuza Iași

PROFESIUNE DE CREDINȚĂ 288
Gheorghe Scripcaru

Scanned with OKEN Scanner

Scanned with OKEN Scanner

Tiparul: GRAND PVD

Bulevardul METALURGIEI 4A * IASI
Tel.: 032-23.14.88, 22.26.39
Fax: 032-23.14.88
Comanda nr.32 din 14.09.1998

Apărut:	1998
Format:	61x86
Coli tipo:	19
Bun de tipar:	11.09.1998

Editura PsihOmnia

carbamazepine **Timonil®**

in Psychiatry

sodium valproate **Orfiril®**

in Psychiatry

DESITIN

ISBN 973-572-137-6

Scanned with OKEN Scanner